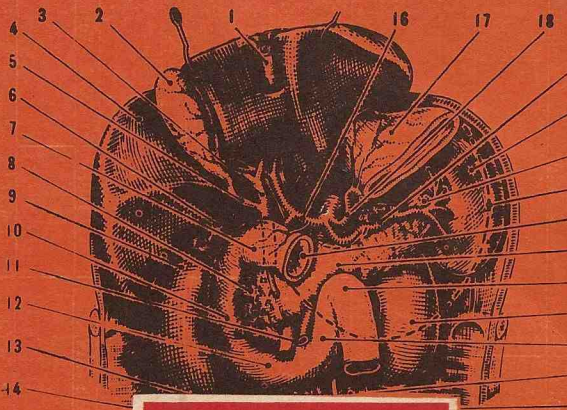

vacanta si sanatate

DAN CHEȚA

bolile căilor biliare

BOLILE CĂILOR BILIARE

CD/86
L&S.

Coordonator științific al seriei
„VACANȚĂ ȘI SĂNĂTATE"
conf. dr. Gheorghe Mogoș

Coperta : Constantin Pohrib
Desene : Cornel Hălcescu

Dr. med. Dan Cheța

BOLILE CĂILOR BILIARE

(ÎNDREPTAR TERAPEUTIC)

EDITURA SPORT—TURISM
București, 1981

Cuprins

GENERALITĂȚI 7
BILA ȘI ROLUL EI ÎN ORGANISM . . . 9
ALCĂTUIREA ȘI FUNCȚIONAREA „ARBORELUI" BILIAR 14
CARE SÎNT BOLILE CĂILOR BILIARE ȘI CUM SE PRODUC? 19
MANIFESTĂRILE CLINICE PRINCIPALE . 33
TERAPEUTICA BOLILOR BILIARE . . . 59
Privire de ansamblu asupra tratamentului 59
Posibilitățile și principiile tratamentului dietetic 60
Medicamentele și folosirea lor . . . 74
Plantele medicinale 92
Noțiuni de balneofizioterapie . . . 98
Principii de tratament chirurgical . . 102
Greșeli și neîmpliniri 107
POSIBILITĂȚI PROFILACTICE 111
ASPECTE NOI. PROBLEME DE VIITOR . 114
GLOSAR 121
BIBLIOGRAFIE 125

Generalități

În viața de toate zilele ne întîlnim destul de frecvent cu bolile căilor biliare. Ele afectează cu predominanță persoane de sex feminin. Gravitatea lor este diferită : de la simple tulburări ale funcționării „arborelui" biliar pînă la entități foarte grave, care periclitează însăși existența celui suferind. „Exprimarea" lor este de asemenea variată : de la lipsa totală a simptomelor pînă la manifestări zgomotoase sau chiar dramatice (cum ar fi, de pildă, așa-numita „colică biliară" și altele).

Tratamentul acestor afecțiuni îmbracă aspecte multiple. Uneori este cazul să folosim anumite medicamente, alteori este nevoie de intervenție chirurgicală. Mijloacele dietetice joacă un rol foarte important, cu condiția să fie bine cunoscute și corect mînuite. Apele minerale și — în general — tratamentul balnear reprezintă de asemenea un mijloc terapeutic valoros, mai ales în condițiile țării noastre. La fel — plantele medicinale.

Iată deci cîteva premise, pe baza cărora am considerat necesară redactarea acestui „Îndreptar", destinat informării publicului larg.

Vom mai adăuga că, de-a lungul timpului, școala medicală românească a adus o serie de contribuții valoroase la descifrarea modului de funcționare și patologiei căilor biliare, contribuții recunoscute și pe plan mondial, cu care putem să ne mîndrim.

Bila și rolul ei în organism

Știm cu toții că *ficatul* este unul din organele cele mai importante din corpul nostru. Dimensiunile sale considerabile atestă numeroasele funcții pe care acesta le are de îndeplinit. Printre acestea se află și procesul de elaborare și excretare a bilei.

Așadar, bila (sau „fierea", după cum i se spune în vorbirea curentă) este produsă de ficat ; fenomenul are loc continuu, astfel încît în 24 ore se realizează o *cantitate* de cca 600—1 200 ml. Ritmul secreției este mai redus în timpul nopții și mai crescut ziua. În final bila este vărsată în duoden (prima porțiune a intestinului subțire, cea care urmează imediat după stomac), dar după anumite „reguli", despre care vom vorbi mai departe. Ea intervine în digestie, fără a fi un suc digestiv propriu-zis (fiindcă este practic lipsită de fermenți).

Să descriem pe scurt *aspectul* acestui lichid, așa cum ne apare cînd îl extragem din organism (în timpul unei probe mult folosită în medicină și denumită „tubaj duodenal", deoarece se bazează pe introducerea în duoden a unui tub special de cauciuc) : la început obținem o bilă de culoare galben-verzuie, provenită din canalul coledoc (bila

A) ; urmează o bilă închisă la culoare și vîscoasă, scursă din vezicula biliară (bila B) ; după aceea se elimină o bilă galben-aurie, clară, venită direct din ficat (bila C). Constituția chimică a acestor fracțiuni este în linii mari aceeași, dar concentrația diferitelor componente este modificată.

Asupra *mecanismului* prin care celulele hepatice realizează secreția biliară se poartă încă discuții. Este posibil să fie vorba de mai multe fenomene, conduse de factori diferiți. Nu vom intra însă în amănunte, pentru a nu îngreuna lectura acestui „Îndreptar".

Compoziția bilei ne interesează în mod deosebit. Trebuie spus că, în multe privințe, lichidul biliar seamănă cu plasma sanguină. El conține substanțe anorganice (apă, cloruri, bicarbonați, fosfați ș.a.) împreună cu substanțe organice (săruri biliare, pigmenți biliari, colesterol, lecitină ș.a.).

Sărurile biliare sînt înrudite ca structură chimică cu vitamina D, hormonii steroizi și colesterolul. Ele au la bază acizii biliari : acidul colic, acidul dezoxicolic, acidul chenodezoxicolic și acidul litocolic, care reprezintă de fapt o cale majoră de eliminare a colesterolului din organism. Aceștia sînt conjugați de către celulele ficatului cu doi aminoacizi : glicocolul (în proporție de 60%) și taurina (în proporție de 40%), rezultînd acidul glicocolic și acidul taurocolic. În fine, din unirea acestora cu Na^+ și K^+ rezultă sărurile biliare propriu-zise. Ele îndeplinesc o serie de roluri importante (mai ales în absorbția grăsimilor și a vitaminelor dizolvate în grăsimi). Cantitatea totală de săruri biliare este aproximativ estimată la 2,5—4,5 g. După vărsarea în intestin, ele sînt reabsorbite și intră astfel într-un „circuit enterohepatic", pe care-l parcurg cu mare repeziciune (de două ori în cursul unei singure mese !).

Pigmenții biliari reprezintă un produs de excreție, care apare prin descompunerea hemoglobinei din globulele roșii ale sîngelui. Această descompunere se realizează în celulele așa-numitului „sistem reticulohistocitar". Pigmentul principal este bilirubina. Ea are culoare galben-aurie, este insolubilă în apă, la început, dar solubilă în alcooli și grăsimi ; circulă legată de proteinele sanguine. Aceste caracteristici sînt valabile pentru bilirubina neajunsă încă la ficat. După ce ajunge la ficat, ea suferă un proces de conjugare cu acidul glicuronic, sub influența unei enzime (glicuroniltransferază), care o face să-și modifice proprietățile. Abia acum bilirubina va începe parcurgerea căilor biliare către intestin. Bilirubina neconjugată a mai fost numită și „indirectă", iar cea conjugată — „directă", după comportamentul în timpul reacției imaginate de van der Bergh. Acumularea pigmenților biliari în sînge se soldează cu apariția icterului (gălbenării ; reacția van der Bergh ne ajută să vedem ce tip de bilirubină s-a acumulat și deci spre ce mare capitol de patologie să ne îndreptăm atenția.

După ce au ajuns în intestin, pigmenții biliari suferă în continuare o serie de transformări, inclusiv antrenarea într-un „circuit enterohepatic". În final se elimină zilnic din organism aproximativ 150 mg pigmenți prin fecale și 1—2 g prin urină.

Colesterolul aflat în bilă este produs de celulele hepatice sau, o parte mai mică — provine din sînge. Există un anumit raport între colesterol și sărurile biliare (1/20—1/30) ; modificarea acestuia poate duce la precipitarea colesterolului și la apariția unor calculi („pietre la ficat", cum li se spune popular). Asupra modului de formare a calculilor vom reveni la momentul potrivit.

În intestin și colesterolul suferă transformări sub acțiunea unor bacterii, o parte fiind eliminat, iar altă parte parcurgînd ciclul enterohepatic.

Mucina, altă substanță organică, este produsă de celulele epiteliale — care căptușesc partea internă — din veziculă și celelalte căi biliare.

Așadar bila are o compoziție complexă. Este cazul să ne întrebăm care este explicația acestui fapt sau — punînd altfel problema — ce roluri îi revin bilei în organism.

Funcțiile bilei sînt importante și se referă la fenomenele de digestie și metabolism. Urmînd sistematizarea făcută de Galea și Bucur (1969), vom menționa că :

— bila contribuie la neutralizarea reacției acide a amestecului alimentar sosit din stomac în intestin, favorizînd astfel acțiunea fermenților de aici ;

— intervine decisiv în digestia grăsimilor : favorizează emulsionarea lor ; stimulează fermenții specifici (lipazele) ; ajută absorbția acizilor grași și a unor substanțe solubile în grăsimi (în mod deosebit vitamine) ;

— contribuie la întreținerea mișcărilor normale ale intestinului (peristaltismul) ;

— contribuie la menținerea echilibrului dintre diferiți ioni în cursul digestiei ;

— contribuie la eliminarea unor produși de excreție (pigmenți biliari, metale, medicamente etc.) ;

— acționează ca agent bacteriostatic, inhibînd creșterea unor microbi ;

— revenirea sărurilor biliare la ficat contribuie la stimularea producerii bilei înseși.

Bila poate avea și unele efecte toxice, atunci cînd este extrasă și injectată sau folosită la prepararea anumitor medicamente.

Conducerea procesului de secreție biliară se face parțial prin intermediul sistemului nervos vegetativ : astfel, parasimpaticul (reprezentat de nervul vag) stimulează secreția, pe cînd simpaticul o inhibă. Dar principalii factori care antrenează creșterea secreției sînt sărurile biliare (după cum am menționat mai sus) și o serie de alimente (cum ar fi grăsimile). Efectul stimulilor alimentari se exercită prin intermediul unui hormon de origine intestinală — secretina.

Există o serie de substanțe care măresc secreția biliară și care au fost denumite „substanțe coleretice".

Alcătuirea și funcționarea „arborelui" biliar

În drumul său de la celulele ficatului și pînă la duoden, bila parcurge un sistem de canale destul de complicat, denumite în general „căile biliare".

Căile biliare intrahepatice încep cu formațiuni canaliculare foarte fine, situate în imediata apropiere a locului de producere a lichidului biliar ; acestea se unesc treptat în conducte tot mai mari ; în final formează un canal hepatic drept și un canal hepatic stîng ; din unirea lor rezultă canalul hepatic comun, cu care încep căile biliare extrahepatice (vezi figura 1).

Căile biliare extrahepatice sînt cele asupra cărora ne vom concentra atenția. Ele includ un conduct principal — alcătuit din canalul hepatic comun și canalul coledoc sau „calea biliară principală" — și un aparat diverticular — format din vezicula sau vezica biliară și canalul cistic.

Vezicula biliară, despre al cărei rol de rezervor vom vorbi mai departe, seamănă la formă cu o pară și se află situată pe fața inferioară a ficatului. I se pot descrie mai multe părți componente : fundul, corpul, gîtul (sau colul) și infundibulul. Dacă fața superioară a vezicii se învecinează strîns cu fi-

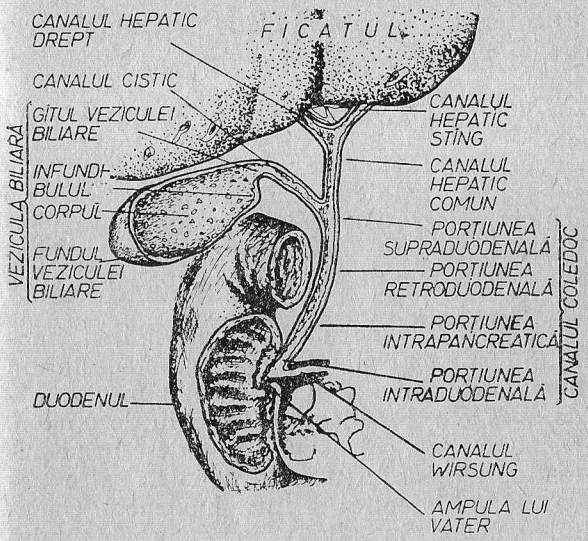

Fig. 1. Dispoziția anatomică a căilor biliare extrahepatice.

catul, fața inferioară vine în raport cu alte organe importante din abdomen : colonul (intestinul gros) și duodenul. Aceste vecinătăți își au importanța lor în caz de îmbolnăvire.

Vezicula este lungă de 8—10 cm și are o capacitate de 30—50 ml.

Pereții săi sînt formați din mai multe straturi de țesut. Vom sublinia că, spre interior, ultimul strat dă naștere la o serie de cute (pliuri), care delimitează mai multe spații poligonale.

Canalul cistic se află în continuarea veziculei biliare ; are o lungime variabilă (în medie 3—4 cm) și un diametru de 0,2—0,3 cm.

Și interiorul canalului cistic prezintă o serie de neregularități. El se unește cu canalul hepatic.

Canalul hepatic pornește din așa-numitul „hil hepatic", formîndu-se prin unirea celor două ramuri amintite : dreaptă și stîngă. Are o lungime cam de 3—4 cm și un diametru de 0,5 cm. Dintre elementele anatomice mai însemnate cu care se învecinează canalul hepatic trebuie menționate artera hepatică și vena portă.

Canalul coledoc ia naștere din unirea canalului cistic cu canalul hepatic ; pe acesta din urmă îl continuă ca direcție. Lungimea sa este de 6—7 cm, iar diametrul mediu de 0,7 cm. De sus în jos, coledocului i se descriu următoarele porțiuni : supraduodenală, retroduodenală, pancreatică și intraduodenală. Canalul coledoc ia sfîrșit în zona denumită „ampula lui Vater", unde ajunge și canalul Wirsung, care aduce secrețiile digestive ale pancreasului. În această zonă există o importantă formațiune musculară (sfincterul lui Oddi), a cărei funcționare corectă este hotărîtoare pentru asigurarea unui tranzit normal al bilei spre duoden.

Dealtfel, trebuie spus că, pe traiectul căilor biliare, există destul de numeroase zone care au structuri contractile și care intervin în reglarea fluxului bilei.

În constituția arborelui biliar, în afara formațiunilor descrise, mai intră elemente care asigură irigația (artere, vene, limfatice) și structuri nervoase, care dirijează activitatea complexă a acestui arbore.

Funcționarea căilor biliare poate fi înțeleasă dacă ținem seama (după Bockus, 1965)

de multiplele influențe ce se exercită asupra fluxului biliar : 1) presiunea de secreție a ficatului, care trebuie să fie mai mare atunci cînd vezicula urmează să se umple și mai mică atunci cînd trebuie să se golească ; 2) diferitele structuri contractile de pe traiectul căilor biliare ; 3) capacitatea de stocare a vezicii ; 4) puterea ei de evacuare, sub influența a diferiți stimuli ; 5) rezistența pe care o opune sfincterul Oddi la trecerea spre duoden ; 6) starea de tonus și mișcările duodenului ; 7) interrelațiile funcționale dintre diferitele componente ale arborelui biliar.

Bila se secretă deci în mod permanent, dar eliminarea în intestin se face doar în cursul digestiei alimentelor. Între timp ea se acumulează treptat în vezică, datorită faptului că sfincterul Oddi este contractat și împiedică trecerea spre duoden. În vezică bila suferă un proces de concentrare (prin absorbția apei, a unor ioni și a altor substanțe) ; i se adaugă o cantitate de mucus secretat aici. Absorbția este favorizată de existența în chiar peretele vezical a unor largi spații intercelulare.

În timpul digestiei, prin intermediul unor factori umorali și nervoși, se provoacă contracția veziculei biliare, concomitent cu relaxarea (deschiderea) sfincterului Oddi, ceea ce permite evacuarea bilei în intestin. Principalul factor pare să fie așa-numita „colecistochinină", un hormon intestinal, secretat la rîndul lui sub influența prezenței grăsimilor și a altor produși de digestie. Din punct de vedere al sistemului nervos vegetativ, trebuie spus că partea parasimpatică (deci nervul vag, de care am mai vorbit) acționează în

sensul contractării veziculei și al relaxării sfincterului Oddi ; simpaticul acționează în sens contrar, așa cum se întîmplă la nivelul organelor interne de obicei (tocmai pentru a exista o permanentă posibilitate de adaptare la solicitările fiziologice).

Referindu-ne la vezicula biliară, putem sintetiza „funcțiile" sale în modul următor : 1) funcția de rezervor; 2) funcția de concentrare și resorbție ; 3) funcția de secreție ; 4) funcția de contractilitate (Bîrzu și Sava, 1973).

Și aici trebuie să menționăm existența unor substanțe (ce poartă denumirea de „colagoge"), care produc evacuarea bilei ; spre exemplu : frișca, smîntîna, gălbenușul de ou, sulfatul de magneziu și altele.

Așadar, un aparat biliar normal realizează o funcționare complexă și armonioasă, la conducerea căreia concură mecanisme variate. Vom vedea mai departe ce se întîmplă cînd această funcționare este perturbată.

Care sînt bolile căilor biliare și cum se produc ?

Afecțiunile căilor biliare sînt relativ numeroase ; cauzele și mecanismele prin care se produc îmbracă de asemenea o diversitate de aspecte. Vom încerca, în acest capitol, să facem o prezentare de ansamblu, pentru a ușura astfel cititorului înțelegerea problemelor de clinică și tratament din partea a doua a lucrării.

1. *Anomaliile căilor biliare* pot fi înnăscute (congenitale) sau căpătate, ca urmare a altor fenomene patologice. Cele congenitale se datoresc unor perturbări în procesul dezvoltării embrionare.

Dacă ne referim la *aparatul biliar în întregime,* vom aminti posibilitatea nedezvoltării sale (atrezia căilor biliare), care se poate solda cu moartea la scurt timp după naștere. Alteori este vorba de subdezvoltare sau anomalii doar ale unuia sau două din componentele descrise anterior.

Astfel, se cunosc numeroase anomalii ale *veziculei biliare.* Ea poate fi așezată în alte poziții decît cea firească : la stînga, transversal, mai în spate, în interiorul ficatului, poate avea un așa-zis „mezou" peritoneal mai lung, care o face să fluctueze (iar uneori să se răsucească pur și simplu, producînd un accident

serios, denumit „volvulus"), poate fi așezată sub piele ș.a.m.d. Din punct de vedere al formei și constituției, apare uneori mai mare sau mai mică, îmbrăcă o formă de clepsidră sau de „bonetă frigiană", poate fi împărțită cu ajutorul unor pereți în mai multe compartimente, poate prezenta diverticuli, poate fi dublă sau chiar triplă.

Canalul cistic prezintă cîteodată variații de calibru, lungime, formă a traiectului, unire cu canalul hepatic.

Canalele hepatice de origine pot fi mai multe, pot avea dilatații sau alte modificări.

Canalul hepato-coledoc este sediul unor anomalii de tipul malpoziției, prezenței unor canale accesorii, strîmtorării sau dilatației (uneori existînd adevărate chisturi ale colédocului), modificării implantării în duoden ș.a.

Mai pot exista anomalii ale elementelor vasculare și ale altor structuri ce contribuie la constituirea „complexului" biliar.

2. *Tulburările funcționale ale aparatului biliar.* Deși despre existența unor perturbări ale funcționării căilor biliare se vorbește de mult, chiar din antichitate, acest capitol continuă să fie foarte controversat. Tendințele merg de la negarea completă a realității acestor perturbări ca „boli în sine" și pînă la a face din ele „cheia" întregii patologii biliare. Există de asemenea multe discuții privind denumirea lor (dischinezii, distonii, dissinergii), clasificarea și interpretarea. Vom folosi în această carte termenul *„dischinezii biliare"*, care — deși imperfect — a cîștigat mai mult teren în medicina românească.

Așadar, dischineziile biliare rezultă din alterarea funcționării ordonate, foarte bine sincronizate, a arborelui biliar. Ele pot fi induse de factori neurogeni (în mod deosebit în cadrul unor nevroze de „tip vegetativ", deci care implică o dereglare a conducerii nervoase a activității organelor interne), factori hormonali (cu referire la sexul feminin), pot fi doar o componentă în cadrul unor perturbări mai ample ale fiziologiei digestive, pot rezulta din leziuni încă prea puțin evidente ale tractului biliar însuși etc.

În esență este vorba mai ales de modificări ale funcționării diferitelor sfinctere situate în mai multe puncte ale arborelui biliar și de dereglarea sistemului de presiuni pe care acestea îl realizează în mod normal.

Dintre multele clasificări ale acestor afecțiuni, vom alege una mai simplă.

a) **Dischineziile biliare hipotone** se realizează printr-o funcționare „insuficientă" a formațiunilor musculo-nervoase contractile.

Hipotonia sau *atonia colecistului* se datorează reducerii contractilității veziculei biliare și se caracterizează prin dilatarea acesteia (fără a exista vreun obstacol mecanic pe canalul cistic !).

Hipotonia sfincterului Oddi se va solda cu scurgerea necontrolată, permanentă a bilei în duoden.

b) **Dischineziile biliare hipertone** se realizează printr-o „exagerare" a contractilității la nivelul uneia din componentele arborelui biliar.

Hipertonia veziculară reprezintă oarecum opusul atoniei, menționate mai înainte, și

duce la realizarea unei vezicule în stare de tensiune continuă.

Hipertonia sfincterului Lütkens (aflat la joncțiunea veziculei cu canalul cistic) și *hipertonia cisticului* stînjenesc evacuarea normală a veziculei biliare.

Hipertonia sfincterului Oddi poate exista izolat sau în asociere cu alte tulburări. Ea împiedică expulzarea bilei în duoden și duce la realizarea unei creșteri de presiune în întreg arborele biliar.

Diferitele tulburări funcționale biliare se pot combina. Ele pot însoți, după cum am subliniat deja, boli biliare mai severe, cu caracter organic. Alteori, în timp, pot duce la astfel de boli (de pildă : boala colului vezicular, boala sfincterului Oddi, în care nu mai este vorba numai de aspecte funcționale, ci de constituirea unor leziuni).

3. *Bolile cu caracter inflamator* formează unul din capitolele principale ale patologiei biliare. De multe ori ele se asociază cu litiaza (formarea de calculi sau „pietre", după cum li se spune popular), cea din urmă reprezentînd de asemenea o problemă majoră, despre care vom vorbi pe larg în cuprinsul lucrării. Este adevărat că uneori s-a abuzat de această „emblemă" ; de pildă, sub denumirea de „colecistită" — deci inflamație a colecistului — s-au reunit diferite procese patologice, începînd de la dischinezii și pînă la modificări de tip degenerativ sau intricări ale mai multor leziuni.

Dar să le luăm pe rînd :

Angiocolitele (sau colangitele, termen folosit mai mult în lucrările anglo-saxone) se referă la inflamația de ansamblu a căilor biliare. De regulă procesul începe la căile extrahepatice și se extinde și la cele intrahepatice. Ca majoritatea bolilor inflamatorii, pot îmbrăca un aspect acut sau cronic.

În producerea angiocolitelor *acute* rolul principal revine unor microbi, între care colibacilul, enterococul, stafilococul, streptococul, bacilul tific, o serie de germeni cu caracter anaerob și alții. Aceștia pot ajunge la aparatul biliar pe mai multe căi : fie direct, din intestin, urmînd un traiect „ascendent" ; fie prin însămînțare „descendentă", atunci cînd microbii sînt prezenți în sînge (cum ar fi în cursul septicemiilor) ; fie prin propagare de la organele vecine, de obicei pe cale limfatică. Se înțelege că infectarea căilor biliare este favorizată de anumite condiții, cum ar fi existența prealabilă a unor tulburări funcționale, a calculilor, anomaliilor etc.

Angiocolitele acute pot fi de mai multe tipuri : cea denumită „cataralâ" este mai ușoară ; cea „septică" sau „supurată" este gravă ; cea care poartă denumirea „angiocolită ictero-uremigenă" este deosebit de gravă, datorită infecției masive și complicațiilor acesteia (Galea și Bucur, 1969).

Angiocolitele *cronice* sînt mai rare, urmînd — în general — după episoade de angiocolită acută.

Pentru o bună informare a cititorului, mai amintim de existența unor forme particulare : în țările asiatice se întîlnește „colangiohepatita orientală", în geneza căreia un rol ar juca anumiți paraziți specifici zonei geografice respective ; „colangita sclerozantă primară" sau „obliterativă" este rară și cu o origine puțin cunoscută.

Colecistitele pot fi de asemenea acute și cronice. La cei mai mulți pacienți prezența acestor boli este legată de coexistența calculilor (de aceea li se mai spune și „colecistite litiazice"). Există și un număr mai mic de cazuri, la care colecistitele apar în afara cadrului litiazei biliare.

În ceea ce privește colecistitele *acute*, microbii implicați sînt cam aceiași menționați mai sus. În afara factorilor infecțioși, mai pot interveni factori toxici sau de altă natură. Fenomenele generate pot merge de la o simplă congestie și edematiere a colecistului, pînă la aspecte grave cum sînt supurația, gangrena, realizarea colecistitei zise „emfizematoase" (datorită germenilor producători de gaze), hemoragia, extinderea inflamației în jurul organului (pericolecistită), perforația.

Forme particulare de colecistită acută sînt : colecistitele gravidice și puerperale (realizate deci în timpul sarcinii și nașterii), colecistitele alergice, colecistitele din cursul febrei tifoide și al altor boli infecțioase.

În ceea ce privește colecistitele *cronice*, există o serie de probleme neclarificate, privind producerea lor. Pentru cele litiazice lucrurile sînt mai simple, întrucît inflamarea veziculei este privită în general ca o reacție la prezența calculilor (deși întîlnim și relația inversă : pre-existența unor fenomene inflamatoare favorizează producerea calculilor biliari). Colecistitele cronice nelitiazice pot fi mai puțin legate de rolul agenților infecțioși, comparativ cu cele acute. Se consideră că în producerea lor intervin factori și mecanisme variate, între care cele de ordin funcțional, hormonal, nutrițional, metabolic, vascular,

toxic, alergic. Dealtfel nici leziunile găsite nu au totdeauna aspect inflamator pur, adăugîndu-se și alte feluri de modificări. Această diversitate a făcut pe unii cercetători să propună folosirea termenului „colecistopatie cronică alitiazică" (acesta fiind mai general și mai puțin angajant decît cel de „colecistită cronică", care presupune doar o inflamație cronică a veziculei).

Coledocitele sînt manifestări inflamatorii axate pe canalul hepato-coledoc.

Alte fenomene inflamatorii pot fi întîlnite la nivelul sfincterului Oddi („odd-ite" sau „oddo-papilite"), al canalului cistic (cisticite), al regiunii gîtului veziculei (infundibulo-cisticite) sau în alte porțiuni ale arborelui biliar.

4. *Litiaza biliară* reprezintă pentru lumea contemporană o însemnată chestiune de sănătate publică și de aceea vom insista asupra ei.

Această maladie este cunoscută de multă vreme ; se pare că o primă mențiune științifică asupra ei a fost făcută de Paracelsus, în jurul anului 1500. Frecvența acesteia crește continuu ; deși cifrele diferă de la autor la autor, este cert că o parte însemnată din populație este purtătoare de „pietre la ficat" (Admirand, în 1973, apreciază că în S.U.A. ar exista 15 milioane de oameni afectați de litiază). Trebuie subliniat încă de la început că boala poate fi manifestă și deci susceptibilă de diagnosticare și tratare sau asimptomatică ; de multe ori calculii au fost descoperiți întîmplător sau la necropsie.

Boala are *cauze și mecanisme de producere* complexe, în parte incomplet elucidate.

Se întîlnește cam de 3—4 ori mai des la femei decît la bărbați și de asemenea mai mult la persoanele vîrstnice. În geneza ei intervin anumiți factori ereditari, geografici, nutriționali și metabolici (este mai răspîndită la persoanele cu alimentație nerațională, la obezi și diabetici) ; de asemenea factori endocrini (cum ar fi tulburările ovariene și tiroidiene), ca și o mulțime de factori patologici (boli hepatice, pancreatice, intestinale, boli care produc hemoliză, deci distrugeri de globule roșii și prin aceasta un surplus de bilirubină) ; unele intervenții chirurgicale pentru ulcer ; fenomene inflamator-infecțioase de la nivelul căilor biliare înseși ; anomalii congenitale sau dobîndite ale acestora, cum ar fi diferitele stricturi, care împiedică fluxul biliar. Clasic, din această mulțime de factori, s-a pus accentul pe modificările metabolice ale bilei, pe rolul stazei biliare și pe cel al infecției.

Cum apar totuși calculii ? Pentru cei care conțin în mod predominant colesterol, procesul ar include două etape, ce se petrec de fapt cam în același timp (Admirand, 1973) : 1) capacitatea bilei de a menține colesterolul în soluție este depășită, se formează microcristale insolubile de colesterol, care precipită ; 2) aceste microcristale se unesc. Vom reaminti că bila normală poate fi privită din punct de vedere fizico-chimic ca o soluție apoasă ; principalele substanțe solide conținute sînt sărurile biliare conjugate, lecitina și colesterolul. Stabilitatea acestui sistem este datorată în primul rînd structurii particulare a sărurilor biliare. Or, la cei cu litiază, se pare că volumul total vehiculat zilnic și excreția zilnică de săruri biliare sînt scăzute. Pe de altă parte, începînd chiar de la nivelul celulelor hepatice, bila ar porni saturată în colesterol.

Iată deci care ar fi motivele principale ale fenomenului de precipitare și creștere a calculilor colesterolici. Trebuie subliniată și contribuția factorilor locali, din veziculă, în special secreția unei substanțe de tip mucos, care favorizează procesul de unificare a microcristalelor.

În ceea ce privește calculii constituiți predominant din bilirubinat de calciu, formarea lor pare să fie favorizată de infecția cu colibacili (prin secreția unei anumite enzime, ce ajută la eliberarea bilirubinei).

Din descrierea acestor mecanisme patogene s-a putut deja deduce că — din punct de vedere al compoziției — calculii biliari sînt diferiți. Principalele tipuri de calculi, în funcție de compoziție și aspect, sînt : calculii radiari de colesterol (puțin numeroși, uneori solitari) ; calculii de bilirubinat de calciu sau pigmentari ; calculii micști (care reprezintă majoritatea ; au un nucleu și mai multe straturi concentrice) ; calculii combinați (avînd centrul ca la cei radiari și învelișul ca la cei micști). Există și alte tipuri, întîlnite mai rar.

Locul de formare este de cele mai multe ori vezicula biliară ; unii dintre ei pot „migra" în canalul cistic, canalul coledoc sau mai departe. Alteori calculii se formează în afara veziculei : în canalul coledoc, în canalele hepatice ori în rest. Aceste aspecte sînt schițate în figura 2, modificată după Bancu. Corespunzător locului în care îi depistăm,

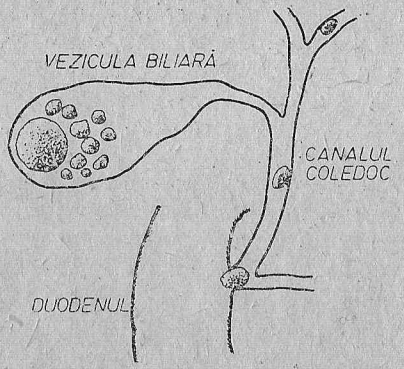

Fig. 2. Calculii biliari pot avea mărimi și localizări diferite.

vorbim deci de : litiază veziculară sau colecistică, litiază coledociană, calculi ai canalului cistic, calculi ai canalelor hepatice sau ai hepaticului comun. Aspecte mai rar întîlnite sînt cele denumite „bilă calcică" și „veziculă calcară", realizate printr-o impregnare masivă cu calciu a colecistului și bilei.

Calculii coexistă în general cu alte modificări importante ale aparatului biliar : inflamatorii, degenerative, uneori chiar canceroase. Cu timpul antrenează de asemenea reacții și din partea altor organe (ficat, pancreas etc.), astfel că litiaza biliară se poate solda cu urmări grave pentru bolnavul respectiv.

5. *Parazitozele căilor biliare.* În căile biliare se pot întîlni uneori paraziți unicelulari, cum ar fi Lamblia sau Giardia, Amoebele. Mai rar se pot întîlni paraziți de tipul ascarizilor, teniilor, chistului hidatic ori al altora.

6. *Tumorile căilor biliare* sînt de natură benignă sau malignă (canceroasă).

Tumorile benigne pot fi adenoame, papiloame, polipi, fibroame.

Tumorile maligne se întîlnesc astăzi, din nefericire, mai des ca în trecut. Cancerul veziculei biliare pare să fie favorizat de existența litiazei biliare. (Nu toți purtătorii de litiază fac cancer ! Statisticile dau cifre de 1—2%. În schimb, la majoritatea bolnavilor cu cancer de colecist se găsesc și calculi.) Este o formă de cancer cu extindere rapidă.

Forme de cancer care se mai cer menționate sînt cele ale canalului hepato-coledoc și — mai ales — ale zonei ampulare. Acestea din urmă pot porni din diferite puncte ale ampulei lui Vater (așa cum se vede în figura 3, prelucrată după Letulle și Pavel) ; în final pot determina obstrucția completă a căilor biliare și pancreatice.

Ca și alte organe, arborele biliar poate fi sediul nu numai al tumorilor primitive (proprii), ci și al unor metastaze (însămînțări date de cancerele altor organe).

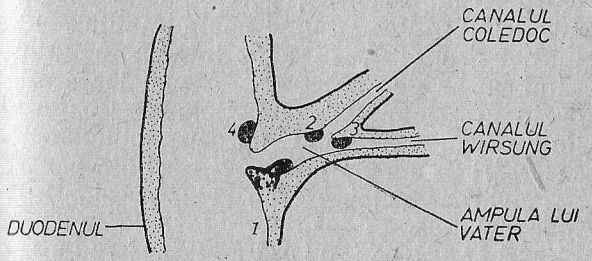

Fig. 3. Tumorile canceroase ale ampulei lui Vater pot avea mai multe puncte de pornire.

7. *Suferințele biliare postoperatorii.* Întrucît ultimele decenii au înregistrat o sporire considerabilă a numărului și diversității intervențiilor chirurgicale executate pe căile biliare, acest capitol mai nou al patologiei biliare trebuie cunoscut. Denumirile oscilează : „ficat operat", „sindrom post-colecistectomie", „sechele postoperatorii" etc. De fapt este vorba de o gamă largă de suferințe, diferite de asemenea și din punct de vedere al etiopatogeniei (deci al cauzelor și mecanismelor de producere). Astfel : poate fi vorba de diagnostice greșite și operații executate inutil (deci suferința bolnavului, nefiind rezolvată, va continua să se manifeste) ; de o explorare insuficientă în timpul operației sau de greșeli tehnice (de exemplu : scoaterea veziculei cu calculi, fără a se observa existența unor calculi suplimentari în coledoc ; extirparea insuficientă a veziculei, care poate duce la formarea în timp a unei adevărate „neovezicule" ; rănirea căii biliare principale, care va da ulterior stricturi ale acesteia etc.) ; sînt și alte urmări legate de actul chirurgical : aderențe, periviscerite, fistule, eventrații ; alteori nu se poate imputa actului chirurgical în sine suferința bolnavului, fiind vorba de o perturbare mai largă, de ordin predominant funcțional (scoaterea unui organ antrenînd aproape obligatoriu încercări de adaptare și modificări din partea organelor învecinate sau chiar a celor mai îndepărtate). Am dat doar cîteva exemple.

8. *Alte boli ale căilor biliare.* Capitolele de patologie biliară enumerate mai sus sînt cele mai însemnate (prin frecvență,

deseori prin gravitate, probleme de diagnostic și tratament). Există încă alte suferințe, relativ numeroase, care nu au putut fi sistematizate în nici una din categoriile anterioare.

Bolile degenerative (colecistozele) cuprind colesteroloza (sau „vezicula fragă"), produsă prin infiltrarea pereților cu colesterol și alte materiale lipidice ; vezicula „de porțelan", generată printr-o infiltrație scleroasă, la care se asociază depuneri de calciu ; vezicula calcară poate fi introdusă și ea aici ; hiperplezia glandulară cu fibromatoză ; diverticulii.

Boala colului vezicular (noțiune în care vom include și boala „sifonului" vezicular, boala cisticului) a mai fost menționată. Este vorba — în esență — de modificări situate la „ieșirea" din veziculă ; acestea împiedică evacuarea ei normală. La început stricturile contractile „luptă" împotriva obstacolului, pentru ca — în timp — să se ajungă la hipotonia sau chiar atonia veziculei.

Boala sfincterului Oddi (oddita stenozantă etc.) este dată de leziuni ale acestei importante regiuni, care împiedică fluxul normal al întregului arbore biliar.

Stenozele canalului hepato-coledoc, amintite de asemenea, pot fi privite și ele ca boli aparte, datorită de asemenea consecințelor pe care le au. Sînt „strîmtorări" de origine congenitală ori dobîndită, benigne ori maligne.

Fistulele biliare se împart în externe și interne. Cele externe reprezintă traiecte patologice dintre căile biliare și peretele abdomenului, prin care se scurge bila în afară.

Ele se pot realiza spontan (de pildă ca o complicație a colecistitei acute) sau postoperator (Gerota, 1974). Fistulele interne se produc de obicei prin erodarea peretelui de către calculi, putîndu-se realiza comunicări cu alte segmente ale arborelui biliar, duoden, stomac, colon sau chiar cu alte organe.

Ileusul biliar poate rezulta dintr-o astfel de fistulă ; trecerea unui calcul de dimensiuni mari în intestin va duce la obstruarea lui și la realizarea unui sindrom ocluziv, cunoscut sub numele de mai sus.

Peritonita biliară este o complicație gravă a afecțiunilor de căi biliare ; rezultă din ruperea veziculei infectate — de obicei —, revărsarea lichidului respectiv în cavitatea peritoneală și dezvoltarea unei peritonite.

Vom sfîrși aici trecerea în revistă a principalelor maladii biliare. Alte cîteva entități vor fi discutate cînd vom relua problema complicațiilor.

Manifestările clinice principale

În fața unei liste atît de mari de boli ale aparatului biliar (dintre care destule insuficient cunoscute ca etiopatogenie) cititorul se poate întreba pe drept : Cum se reflectă toate acestea asupra celui suferind ? Ce simte el ? Cum reușesc medicii să se „descurce" în definirea și tratarea corectă a maladiilor respective ? Vom încerca să răspundem unor astfel de întrebări în cuprinsul prezentului capitol.

1. *Simptomele* pe care le acuză bolnavii biliari sînt și ele relativ variate. Cu toate acestea există posibilitatea descrierii lor într-o formă sistematizată și accesibilă (fără a trage însă concluzia că și în practică, în clinică, lucrurile se desfășoară la fel de simplu).

Manifestările dureroase merg de la „jenă" abia simțită pînă la durere de o violență extremă (colică biliară sau hepatică). Sediul este de obicei în hipocondrul drept, adică în partea din dreapta sus a abdomenului, la limita grilajului costal ; de aici durerea poate iradia spre spate, uneori pînă la omoplat ; mai puțin frecventă este iradierea spre restul abdomenului superior. Durata manifestărilor dureroase oscilează între minute și zile întregi, în funcție de cauză : migrarea unui

calcul din veziculă spre canalul cistic și coledoc (substratul cel mai caracteristic al colicii biliare), închiderea prelungită a sfincterului Oddi sau a altei formațiuni sfincteriene, declanșarea sau accentuarea unor fenomene inflamator-infecțioase ori alte tulburări.

Bolnavii percep durerea în diferite feluri : ca o apăsare, ca o ruptură, ca o crampă etc. ; sînt de obicei agitați, caută să-și găsească o poziție liniștitoare.

Durerile pot să înceapă aparent fără motiv („din senin"), dar de cele mai multe ori sînt legate de abuzuri și greșeli alimentare, stări de încordare și conflict, oboseală, eforturi neobișnuite. Printre alimentele care provoacă deseori dureri biliare să menționăm atît de cunoscutele — și dăunătoarele ! — rîntașuri și grăsimi prăjite ; de asemenea tocăturile, condimentele în exces, conservele, ouăle, grăsimile în general.

Colicile propriu-zise au o frecvență mai mare noaptea ; explicația constă în schimbarea poziției corpului și în predominanța sistemului nervos parasimpatic asupra celui simpatic.

Durerile pot dispărea treptat, cînd cauza a dispărut ori s-a ameliorat ; de asemenea — de cele mai multe ori — încetează datorită utilizării unor mijloace de calmare (medicamente, ceaiuri, comprese, intervenție chirurgicală ș.a., după cum vom vedea pe larg).

Subliniem că durerea este una din manifestările fundamentale ale patologiei căilor biliare, deși, după cum s-a arătat, există situații cînd aceste boli sînt lipsite momentan ori complet de senzația de durere. Analiza

acestui simptom trebuie făcută cu minuțiozitate. Este necesar ca bolnavul (sau bolnava !) să manifeste spirit de cooperare și răbdare, atît cît este cu putință ; din partea medicului este nevoie de o adevărată „artă", aceasta însemnînd pregătire, experiență, capacitate de înțelegere și chiar imaginație, care să-l ajute în interpretarea riguroasă și completă a fenomenului respectiv. Întrunirea acestor condiții poate ușura considerabil stabilirea diagnosticului și a tratamentului ce trebuie aplicat.

Manifestările denumite „dispeptice" (în sensul aproximativ de „digestie dificilă") cuprind o gamă de simptome, care — luate individual — nu înseamnă mare lucru, dar care se pot îmbina într-un mod destul de sugestiv. Astfel, întîlnim senzația de „gust amar" (în special dimineața la sculare), grețuri și vărsături (inclusiv vărsături cu aspect biliar), uneori „arsuri" și eructații ; senzația de balonare a abdomenului, apărută după mese — chiar după mese de volum mic — este probabil cea mai frecventă manifestare din categoria de care ne ocupăm ; se mai pot adăuga tulburări ale tranzitului intestinal : cîteodată tendința la constipație sau episoade diareice.

Și dispepsia, ca și durerea, este legată de anumiți factori, în mod deosebit de alimentația neadecvată. Dealtfel cele două tipuri de simptome se asociază. Durata este corelată cu tipul afecțiunii ; pentru cele cronice tulburările dispeptice vor dura, cu fluctuații, pînă la rezolvarea respectivei boli. Pot avea și un anumit orar, în funcție de mese.

La geneza acestor simptome nu participă numai aparatul biliar, ci sînt implicate și alte organe digestive, cu care el se află în interdependență (Fodor, 1973). Astfel se explică specificitatea mai mică a tulburărilor dispeptice.

Icterul (gălbenarea) este o altă manifestare fundamentală întîlnită în patologia biliară. Dar nu numai în ea. Vom reaminti că acest fenomen este produs de acumularea în sînge a pigmenților biliari (în speță a bilirubinei). În raport cu nivelul la care este interferat metabolismul pigmenților biliari, se descriu trei mari tipuri de icter : prehepatic, icter hepatic propriu-zis și icter posthepatic.

— *Icterul prehepatic* apare în bolile hemolitice, deci în distrugerile mari de globule roșii, care duc la formarea unei cantități exagerate de bilirubină. Așadar vom găsi o creștere a bilirubinemiei, realizată pe seama formei indirecte (neconjugate, premergătoare prelucrării în ficat). Dintre caracteristicile acestor ictere mai remarcăm creșterea importantă a volumului splinei și existența altor semne particulare de hemoliză. Fecalele sînt colorate.

— *Icterul hepatic* (hepatocelular sau parenchimatos) apare în maladii proprii ale ficatului, cum ar fi — de pildă — hepatita epidemică. Bilirubinemia este crescută pe seama ambelor forme (și cea indirectă sau neconjugată și cea directă sau conjugată în ficat). Alte elemente : ficatul este în general mărit și sensibil ; alterarea sa este oglindită de modificarea unor probe de laborator : creșterea transaminazelor serice ; pozitivarea reacțiilor de disproteinemie (denumite și „probe hepatice") ; creșterea urobilinogenului din urină. Scaunul poate fi parțial sau chiar complet decolorat.

— În sfîrșit, *icterul posthepatic* (obstructiv sau mecanic) este produs prin obstacole care împiedică fluxul biliar, după ce etapa hepatică a fost depășită, deci după ce bilirubina a suferit procesul de conjugare. Așadar bilirubinemia va fi acum crescută pe seama bilirubinei directe sau conjugate. Ficatul se mărește și se alterează treptat, dacă obstacolul respectiv nu este înlăturat. Scaunele sînt decolorate, iar în urină se elimină multă bilirubină conjugată. Dintre probele de laborator care ajută diferențierea acestui tip de icter, menționăm creșterea valorilor serice ale lipidelor (grăsimilor) și colesterolului, ca și a celor ale unor enzime denumite „de excreție" : fosfataza alcalină, 5-nucleotidaza, leucin-aminopeptidaza (Fodor, 1973).

Am făcut această scurtă descriere a tipurilor de icter, deoarece le putem întîlni pe toate în bolile căilor biliare ; ce este drept, nu cu aceeași frecvență și semnificație. Astfel, în cazul obstacolelor de diferite feluri (calculi, stenoze etc.) se instalează icterul mecanic sau obstructiv ; este tipul cel mai reprezentativ de icter pentru patologia biliară. Alteori însă bolile biliare se repercutează asupra ficatului, împiedicînd buna sa funcționare și determinînd prin aceasta episoade icterice sau subicterice de tip hepatocelular. Am văzut de asemenea că bolile hemolitice pot antrena perturbări biliare, inclusiv producerea calculilor de gen „pigmentar" ; în această eventualitate putem

întîlni deci tipul de icter prehepatic sau hemolitic. Este situația cea mai rară.

Intensitatea și evoluția icterului depind — ca și la celelalte simptome — de substratul pe care a apărut. De la o tentă slab gălbuie, abia sesizabilă, pînă la culoarea galbenă-verde închis, cu prurit (mîncărime) intens, se întîlnesc toate nuanțele. Icterul poate fi trecător (de pildă într-un episod inflamator sau chiar într-o colică biliară), poate prezenta fluctuații sau poate îmbrăca un caracter cvasipermanent (de exemplu într-o obstrucție de natură canceroasă).

Febra există în bolile cu caracter inflamator-infecțios, îndeosebi în cele acute : angiocolite, colecistite ș.a. ; de asemenea în complicațiile de acest fel ale altor entități. Uneori întîlnim accese febrile puternice (febră zisă „bilioseptică"), precedate de frisoane, dureri musculare și osoase, stare generală alterată. Accesele febrile pot să se succeadă ca în malarie (febră „pseudopalustră"). Alteori starea febrilă se menține un timp mai lung la valori înalte (febră „în platou"). În sfîrșit, există și situații cînd găsim doar ridicări mai mici ale temperaturii (stări subfebrile), cu oscilații ; de pildă, în prezența unor calculi de dimensiuni mici, aflați în căile biliare, care determină fenomene obstructive și inflamatorii intermitente.

Probele de laborator care confirmă în mod uzual existența infecției, în afara stării febrile, sînt creșterea vitezei de sedimentare a hematiilor sau globulelor roșii (V.S.H.), creșterea numărului de globule albe în sînge (leucocitoză), iar — dintre toate felurile de

globule albe — sporirea proporției granulocitelor segmentate (neutrofilie).

Alte manifestări. În afara manifestărilor deja descrise, bolnavii biliari mai prezintă uneori fenomene de tip alergic, în special pe piele (urticarie). Prezintă de asemenea accese migrenoase (migrena biliară) : cefalee puternică, însoțită de amețeli, grețuri, vărsături, răcirea extremităților, tahicardie ș.a. Intricarea — în special la sexul feminin — ca tulburările neuro-vegetative ale perioadei de climacteriu (menopauză) poate genera o gamă polimorfă de simptome, uneori destul de îndepărtate de „specificul" biliar.

Starea generală a suferinzilor, atunci cînd este vorba de boli severe (cancer, litiază cu complicații majore, angiocolită septică sau uremigenă) poate fi serios înrăutățită.

Complicațiile și asocierile bolilor biliare creează un cîmp larg de simptome, îngreunînd desigur stabilirea diagnosticului și punînd probleme importante de tactică terapeutică.

2. *Constatările pe care le face medicul*, atunci cînd examinează un pacient cu boli de căi biliare, vor fi menționate doar pe scurt, deoarece intră mai puțin în profilul lucrării noastre. Pentru cei care doresc detalii am anexat la sfîrșit o listă cu cîteva tratate și lucrări de specialitate.

Din discuția inițială cu bolnavul urmează să fie desprinse simptomele. Analiza lor, așa după cum am subliniat cînd am descris manifestările dureroase, trebuie făcută cît mai judicios. Medicul se mai informează asupra evoluției suferinței și a tuturor problemelor

legate de această evoluție : momente de exacerbare, perioade de acalmie, eventuale investigații și încercări terapeutice. Au de asemenea importanță următoarele aspecte : existența în familie a unor alte cazuri de patologie biliară sau înrudită ; antecedentele fiziologice, îndeosebi la femei (caracterele ciclului menstrual, situația sarcinilor, eventualele fenomene de menopauză) ; alte maladii pe care le-a contractat pacientul în decursul vieții și care au putut influența aparatul biliar ; modul de alimentație, condițiile de viață și muncă.

Examenul fizic sau obiectiv poate culege *semne* de valoare pentru formularea diagnosticului : putem constata culoarea icterică, starea febrilă, existența unor modificări ale pielii, a obezității sau — invers — a unei stări de denutriție ori caşexie, a unor deformații ale hipocondrului drept. Examenul palpatoric al acestei regiuni poate evidenția sensibilitatea sa difuză ori numai în zona colecistului ; uneori se simte chiar vezicula și se pot aprecia anumite caracteristici ale ei. Există o serie de manevre clinice destinate acestui scop, asupra cărora nu insistăm. Palparea mai evidențiază o eventuală stare de întărire (contractură) a peretelui abdominal, în hipocondrul drept sau cu caracter mai larg, ceea ce traduce o reacție din partea învelișului peritoneal la o eventuală maladie biliară extinsă. Starea ficatului și a altor organe abdominale se apreciază de asemenea cel mai bine cu ajutorul palpării. În fine, prin percuție se poate demonstra existența unui „meteorism" abdominal (deci a

unei „umflări" cu gaze, corespunzătoare de obicei acelei senzații de balonare descrise mai sus).

Se înțelege că examenul fizic va fi extins la toate aparatele și sistemele, pentru a nu trece cu vederea posibilele complicații ori boli coexistente.

3. *Explorările ajutătoare* (sau paraclinice) au progresat considerabil, înlesnind realizarea unor diagnostice de finețe. Nici aici nu vom intra în prea multe detalii. Vom trece însă în revistă cîteva metode, deoarece o bună parte din cititori au auzit sau chiar au fost „confruntați" cu ele și doresc probabil să fie informați.

a) **Tubajul duodenal** este una din metodele ceva mai vechi, dar care își păstrează valoarea. Ne ajută să întreprindem un studiu funcțional al veziculei și căilor biliare, destul de avantajos pentru practica clinică ; împreună cu examenul radiologic, constituie de fapt metodele ajutătoare de bază (Pavel, 1959).

Există mai multe variante. Cea clasică (denumită tehnica Meltzer-Lyon) constă, în principiu, în introducerea pînă în duoden a unei sonde speciale și extragerea a trei tipuri de bilă. Este vorba de un tub subțire de cauciuc, purtînd în vîrf o olivă metalică găurită (sonda Einchorn) ; sonda poartă semne indicînd distanțele de 45 cm, 60 cm și 75 cm (față de olivă) (fig. 4).

Tubajul se execută dimineața, pe nemîncate. Sonda se introduce cu blîndețe, treptat, pe gură sau pe nas. Trecerea prin regiunea faringiană este ceva mai dificilă, pînă se reușește învingerea reflexului fiziologic de

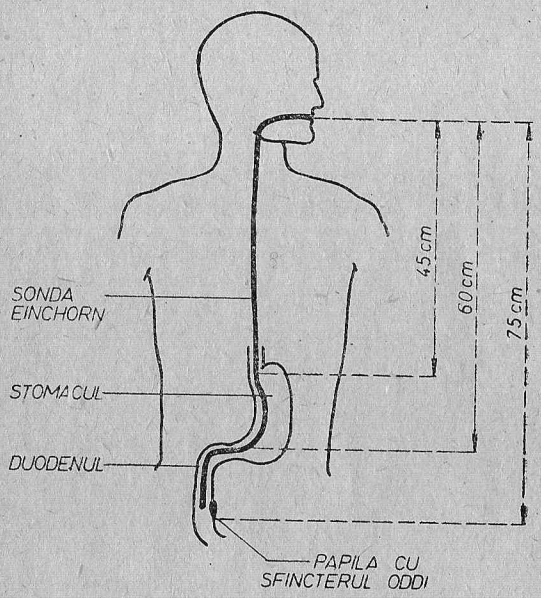

Fig. 4. Schema de principiu a tubajului duodenal.

vomă. (De obicei prin respirații adînci, cu gura deschisă.) Cînd semnul de 45 cm a ajuns la dinți, înseamnă că vîrful sondei a intrat în stomac. În acest moment bolnavul este invitat să se culce pe partea dreaptă și se continuă introducerea sondei în stomac. Sucul gastric curge singur sau este extras cu o seringă atașată capătului exterior al sondei. Cînd semnul de 60 cm a ajuns la arcada dentară, înseamnă că s-a terminat traversarea stomacului și s-a ajuns la regiunea pilorică („ieșirea" din stomac spre duoden). Fără a mai insista asupra incidentelor ce pot

surveni acum și a felului cum trebuie combătute, vom arăta doar că în dreptul semnului de 75 cm se consideră că sonda a ajuns în porțiunea a doua a duodenului. Este utilă o verificare, care — cel mai bine — se poate face la radiologie.

Dacă totul a decurs bine, odată cu ajungerea sondei în duoden și relaxarea sfincterului Oddi, se obține așa-numita „bilă A sau coledociană". În mod normal trebuie să fie fluidă, limpede, de culoare galbenă, cu reacție neutră sau alcalină. După ce s-a colectat acest tip de bilă, se introduc pe sondă cca 30 ml soluție de sulfat de magneziu, de obicei călduț, în 2 reprize de cîte 15 ml. Se mai poate folosi și uleiul de măsline. Cu ajutorul acestor substanțe este stimulată contracția veziculei biliare, ceea ce va duce la obținerea „bilei B sau veziculare" ; în mod normal este vorba de 30—40 ml de lichid vîscos, de culoare brun închis. După expulzarea bilei veziculare, aspectul se schimbă din nou : lichidul redevine subțire, de culoare galben deschis ; este „bila C sau hepatică", deci bilă care se scurge direct din ficat. Pentru a înțelege mai bine această succesiune este util să revedem figura 1, cu anatomia căilor biliare.

Am descris pe scurt ceea ce se obține în mod normal. În cazuri patologice există diferite modificări ale desfășurării probei și rezultatelor. Vom menționa, de exemplu, că lipsa totală a bilei ne indică o obstrucție completă a canalului coledoc. Cînd se extrage prea puțină bilă, poate fi vorba de o obstrucție incompletă a canalului coledoc. Cînd lipsește bila A, înseamnă că vezicula

este „exclusă" din circuit, prin obstacol la nivelul canalului cistic (Galea și Bucur).

În afară de aceste observații directe, valoarea rezultatelor este sporită prin executarea unor examene suplimentare asupra bilei: examenul fizic al bilei B și compararea ei cu bila hepatică, examenul biochimic, examenul citologic (deci al celulelor întîlnite), examenul bacteriologic (asupra eventualilor microbi), examenul parazitologic.

O variantă care încearcă să aducă mai multă precizie este tubajul duodenal minutat propus de cîțiva medici latino-americani. Acesta comportă 5 timpi :

1. Timpul coledocian începe din momentul în care vîrful sondei a ajuns în duoden și sfincterul Oddi se deschide, permițînd scurgerea bilei din coledoc. Este destul de aproximativă evaluarea sa.

2. Timpul sfincterului Oddi închis începe din momentul introducerii soluției de sulfat de magneziu (ori de alte substanțe cu acțiune similară) și durează 5—6 minute, adică pînă în momentul cînd se reia scurgerea de bilă.

3. Timpul de scurgere a bilei A : începe de la deschiderea sfincterului Oddi și durează 3—5 minute, pînă la apariția bilei B.

4. Timpul vezicular, caracterizat prin scurgerea bilei B, durează în jurul a 25 minute.

5. Timpul hepatic începe în momentul cînd bila B s-a terminat și este înlocuită prin bila C.

Dintre aspectele patologice evidențiate prin această variantă, ar fi de menționat că scurtarea timpului Oddi închis ne arată o hipotonie a sfincterului respectiv, iar lungirea echivalează cu o hipertonie ; creșterea timpului de scurgere a bilei A demonstrează o contractilitate veziculară insuficientă ; scurgerea întreruptă a bilei B, în timpul vezicular, reflectă o hipertonie a colecistului sau canalului cistic.

Alte variante ale tubajului duodenal vor fi doar enumerate : tubajul cu colecistochinină și testul combinat secretină-colecistochinină ; testul cu dehidrocolat de sodiu ; tubajul duodenal colecistografic ; testul de eliminare duodenală a bromsulfaleinei (Pavel, 1959 ; Bockus, 1965 ; Galea și Bucur, 1969).

b) **Examenul radiologic** poate aduce date hotărîtoare pentru diagnosticarea bolilor biliare.

Să subliniem întîi că și un *examen abdominal general*, fără pregătire deosebită, ne oferă uneori elemente informative : pot fi identificați calculi radioopaci, aspecte de „bilă calcică" sau „veziculă calcară", prezența gazelor la cazuri cu fistule sau colecistită emfizematoasă, aspectul radiologic caracteristic ocluziei intestinale (în situația unui ileus biliar). Examenul tractului digestiv cu suspensie de bariu, așa cum se execută în mod obișnuit, poate surprinde eventuale modificări ale stomacului, duodenului — în special — sau restului intestinului, care sînt corelate cu bolile biliare.

Colecistografia pe cale bucală. Căile biliare normale, ca și alte organe „moi", nu sînt vizibile radiologic. Pentru a le face accesibile unei astfel de explorări este necesară folosirea unor substanțe „de contrast" ; se folosesc o serie de compuși iodați, care au pro-

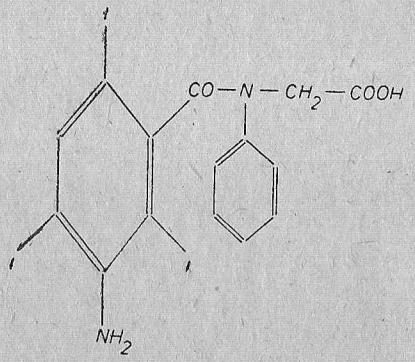

Fig. 5. Formula chimică structurală a preparatului Razebil. (De remarcat prezența celor trei atomi de iod în primul nucleu aromatic.)

prietatea de a se elimina prin ficat și bilă. Vrem să facem mențiunea că introducerea în radiologie a substanțelor iodate, în special a acelora cu trei atomi de iod în moleculă, a însemnat un mare progres (Bîrzu și Sava, 1973). Aceasta se referă atît la domeniul căilor biliare, cît și la acelea ale căilor urinare, aparatului circulator etc.

Există preparate (cum este Razebil-ul) sub formă de tablete, deci care se administrează pe gură, după o pregătire prealabilă ; cu ajutorul lor se poate obține opacifierea veziculei biliare și ceva mai puțin a restului căilor biliare. Pentru cei interesați redăm în figura 5 structura chimică a Razebil-ului.

Tabletele respective se administrează cu 10—12 ore înaintea examenului, deci în seara zilei anterioare. Dimineața se începe examenul, executîndu-se un clișeu cu aspectul general al veziculei. Ulterior se administrează pacientului „un prînz gras" — de obicei două gălbenușuri de ou, constituind prînzul Boyden — și se execută alte radiografii la anumite intervale.

Condițiile care dirijează succesul unei colecistografii sînt : absorbția corespunzătoare din tractul intestinal a substanței de contrast ; eliminarea ei prin ficat ; capacitatea de concentrare a veziculei.

Colecistografia reprezintă un examen atît morfologic (formă, sediu, dimensiuni), cît și funcțional (puterea de concentrare a veziculei ; contractilitatea și evacuarea ei după proba Boyden). Așa-numitele „defecte de umplere" sînt foarte sugestive ; ele se pot datora calculilor, mai rar tumorilor ori altor formațiuni anormale prezente în vezicură. Alteori colecistografia este negativă, în sensul că nu se poate obține imaginea colecistului. Dacă se elimină diferiți factori de eroare, această imagine de „colecist exclus" ne indică existența unui obstacol, de obicei litiazic sau inflamator, la nivelul canalului cistic.

Colangiografia sau colecistocolangiografia pe cale intravenoasă folosește de asemenea preparate iodate, cum ar fi Pobilan, Biligrafin ș.a. În principiu se asigură astfel o vizualizare mai bună a arborelui biliar. Dar este nevoie de mare atenție, întrucît preparatele respective pot fi toxice : sînt persoane care nu tolerează compușii iodați, mai ales cînd sînt introduși direct în sînge. De aceea se face o testare prealabilă și întreaga desfășurare a examenului este controlată cu strictețe. Unii autori sînt chiar în favoarea

restrîngerii acestei explorări doar la situațiile în care este de neînlocuit și a folosirii cu precădere a colecistografiei pe cale orală (Amberg, 1973).

Se înțelege că — după administrarea intravenoasă a substanței de contrast — opacifierea căilor biliare se face mult mai rapid. De aceea injectarea substanței se face dimineața, cu foarte puțin timp înainte de executarea radiografiilor.

Condițiile de care depinde reușita colangiografiei sînt : un nivel normal al proteinelor sanguine, care reprezintă mijlocul de transport al substanței de contrast ; o bună funcționare a ficatului ; integritatea pereților arborelui biliar ; un tonus normal al sfincterului Oddi.

Alte tehnici radiologice. Colangiografia poate fi executată și prin introducerea substanței de contrast nu direct în venă, ci sub formă de perfuzie cu ser fiziologic sau glucozat ; riscurile metodei sînt micșorate în acest fel.

Proba farmacodinamică cu morfină este necesară atunci cînd au trecut 30 minute de la introducerea substanței de contrast în venă și vezicula nu s-a opacifiat ; cu ajutorul morfinei se determină o hipertonie a sfincterului Oddi.

Colangiografia denumită „percutanată transhepatică" este o metodă mai dificilă, care poate fi folosită atunci cînd alte metode au eșuat ; ea constă — pe scurt — în introducerea substanței de contrast direct în căile biliare, acul traversînd pielea și o parte din ficat.

O serie de metode radiologice sînt folosite în corelație cu actul chirurgical. Astfel, înainte de intervenție, se poate injecta cu substanță de contrast un eventual traseu de fistulă biliară externă. În cursul operației substanța se poate injecta în veziculă, în canalul cistic sau în canalul coledoc (colangiografie operatorie). Trebuie subliniat că această metodologie se practică în mod curent, ea însemnînd un progres substanțial în chirurgia biliară, mai ales pentru controlul riguros al arborelui biliar (Gerota, 1976). Combinarea înregistrării radiologice cu studiul presiunilor, în timpul operației, stă la baza unei alte tehnici valoroase : radiomanometria căilor biliare.

În sfîrșit, după operație, în eventualitatea că s-a lăsat provizoriu un tub de drenaj în coledoc, se poate executa un control radiologic cu ajutorul acestuia.

Metodele radiologice sînt în continuă diversificare și perfecționare ; cu ajutorul unor date furnizate de științele fundamentale ele aduc un aport tot mai important în cercetarea bolilor biliare.

c) **Examene diverse.** Nu numai tubajul duodenal și examenul radiologic ne sprijină în punerea diagnosticului. Chiar în cuprinsul acestui capitol am menționat o serie de probe de laborator folosite curent.

Astfel, este necesar să asigurăm o investigare cît mai completă a ficatului, organ cu care căile biliare se află în legătură foarte strînsă, inclusiv din punct de vedere patologic ; ne sînt utile în acest scop : probele de disproteinemie (reacția cu thymol, reacția cu sulfat de zinc etc.), transaminazele se-

rice, studiul proteinelor plasmatice (proteinograma), colesterolul seric, bilirubinemia, timpul de protrombină și altele. Numărul testelor pentru ficat este considerabil : se înțelege că nu întotdeauna sîntem obligați să apelăm la toate și că medicul clinician va folosi nuanțat aceste posibilități, în funcție de nevoi.

Pancreasul este un alt organ vecin cu aparatul biliar și ale cărui boli sînt în interdependență cu cele biliare. Pentru cercetarea lui ne sînt de folos dozarea amilazelor — alte enzime — în sînge și urină, examenul digestiei, uneori scintigrama pancreatică, hiperglicemia provocată etc.

Starea stomacului și intestinului, după cum am subliniat, poate fi apreciată printr-un examen radiologic cu bariu.

Am mai menționat necesitatea cercetării hemogramei, V.S.H., uneori a hemoculturii (căutarea microbilor în sînge în infecții grave, cum ar fi angiocolitele septice) ; de asemenea sînt de mare ajutor examenul urinei și al scaunului.

În sfîrșit, operația însăși poate servi în anumite situații ca mijloc de explorare ultim, atunci cînd toate celelalte au fost neconcludente.

4. *Cum se stabilește diagnosticul?* Dacă aspectele ar fi întotdeauna clare — așa cum ne-am străduit să le înfățișăm mai înainte — atunci diagnosticarea bolilor biliare nu ar trebui să ridice prea mari probleme. Astfel, încă de la discuția cu bolnavul, cînd acesta descrie o colică biliară tipică sau o simptomatologie dispeptică cu caractere biliare, medicul a făcut un prim

pas important spre conturarea unui *sindrom biliar*, cu alte cuvinte a unei asociații de simptome și semne, provocate de o boală biliară (încă neprecizată) ; cel de al doilea pas în această direcție îl face prin examinarea propriu-zisă a pacientului și înregistrarea unor date specifice : sensibilitatea la palpare în zona colecistică sau hipocondrul drept, coloratia icterică etc.

Uneori doar relatările bolnavului și examenul medicului sînt suficiente pentru ca diagnosticul de sindrom să se transforme în *diagnostic de boală* : cu alte cuvinte, stabilirea cu certitudine că manifestările respective sînt determinate de un anumit fenomen patologic (anomalii, inflamații, litiază, tumori etc.). Sînt cazurile „fericite" — din punct de vedere al diagnosticului, bineînțeles —, la care se poate trece deja la aplicarea remediilor necesare.

Alteori cele de mai sus nu ajung și diagnosticul continuă să fie ipotetic. Este nevoie de desfășurarea treptată, bine chibzuită a gamei de explorări paraclinice. Cele mai multe cazuri se lămuresc după executarea tubajului duodenal, a unei colecistografii sau colangiografii și a cîtorva teste de laborator. Rămîne un procent relativ mic de cazuri cu mari probleme, în sensul că ne obligă la executarea unor examinări laborioase, repetate, iar uneori chiar la intervenție chirurgicală „în scop de diagnostic".

Pe parcursul acestui proces, mai lung ori mai scurt, medicul este nevoit să se gîndească permanent și la alte afecțiuni, cu care bolile biliare ar putea fi confundate ; trebuie să

facă așa-numitul *„diagnostic diferențial"*. Fără a intra în amănunte, vom face doar o scurtă înșiruire a unor astfel de afecțiuni :

— boli ale ficatului (hepatita acută — între care hepatita epidemică sau virală — și hepatite cronice, ciroze, tumori, chist hidatic) ;
— boli ale pancreasului (pancreatită acută și cronică, tumori) ;
— boli ale stomacului și duodenului (ulcer gastro-duodenal în diferite faze de evoluție, inclusiv cu complicațiile sale : penetrație, perforație, hemoragie, peritonită ; gastrite și duodenite ; tumori) ;
— boli ale intestinului subțire și gros (ileite, enterocolite de diferite feluri, colon iritabil și afecțiuni înrudite, ocluzii intestinale, tumori) ;
— boli apendiculare (apendicită acută și cronică) ;
— alte boli abdominale (hernii hiatale și epigastrice — deci „ieșiri" ale unor organe abdominale prin diafragm, spre torace și prin peretele abdominal —, diverticuli ale unor organe, peritonite de diferite cauze, boli ale vaselor abdominale) ;
— boli ale rinichilor și căilor urinare (în primul rînd litiaza renală, cu diferitele ei manifestări, între care colica renală sau ureterală ; boli inflamator-infecțioase, cum ar fi pielonefritele, îndeosebi cele colibacilare) ;
— boli ale unor organe toracice (afecțiuni ale pleurei și plămînului drept — pleurezii, pneumonii — ; infarct miocardic și angină pectorală, cu iradieri antipice ale durerii) ;
— boli ale nervilor periferici (nevralgii, zona zoster).

Lista este departe de a fi completă. Fiecare caz în parte poate ridica probleme specifice de diagnostic, care trebuie elucidate.

Se înțelege că, pentru a deosebi unele de altele aceste boli, raționamentul medical va lua în considerare parametri și caracteristici nu numai de la afecțiunile biliare, ci și de la celelalte.

La același punct, al diagnosticului diferențial, să mai subliniem un aspect important : este nevoie și de diferențierea bolilor biliare între ele însele, așa după cum le-am prezentat în capitolul precedent.

5. *Evoluția suferințelor biliare.* Și aici vom face tot o prezentare de ansamblu, cu exemplificări, după cum urmează :

— există boli biliare complet „mute", fără nici o manifestare clinică, cel puțin pentru o anumită perioadă. De exemplu : unele anomalii, unele forme de litiază, unele tumori benigne ;

— alte boli prezintă simptome sub formă frustă, ușor suportabilă de către pacient. Din păcate nu totdeauna acest lucru corespunde și cu substratul real al suferinței. Așa sînt unele tulburări funcționale, unele litiaze, chiar unele tumori canceroase ;

— există boli cu alură evolutivă cronică ondulantă, care prezintă un tablou mai mult sau mai puțin complet de suferință biliară și care, cu timpul, îl îndeamnă pe cel în cauză să se adreseze medicului. Exemple : dischinezii, colecistite cronice (inclusiv litiazice), unele boli degenerative sau tulburări postoperatorii ;

— fie fără manifestări anterioare, fie pe un fond cronic, pot „intra în scenă" boli cu alură evolutivă acută, alarmantă, cum ar fi colecistite acute, angiocolite acute, colici biliare de cauze diferite, obstrucții diverse ale căilor biliare ;

— respectînd această sistematizare, trebuie să subliniem și existența acelor boli cu evoluție supraacută, foarte gravă, care pun în pericol viața pacientului și în fața cărora conduita medicală trebuie să fie foarte fermă : diagnosticare și tratare de urgență. Exemple : colicile biliare severe, angiocolitele septice și icterouremigene, ileusul biliar, peritonita biliară, volvulus-ul veziculei biliare. Responsabilitatea medicului în aceste situații este mare ; el trebuie să se orienteze rapid și cît mai corect, fără să aibă timp pentru a folosi prea multe din probele ajutătoare. Tratamentul poate fi pur medical, sub supraveghere atentă sau intervenție chirurgicală.

Să mai subliniem un lucru, legat de faptul că ne adresăm publicului larg : în astfel de situații de urgență ne putem afla cu toții, fie ca pacienți, fie ca participanți involuntari la drama unui bolnav din apropierea noastră. Trebuie să avem în minte o idee simplă, dar de mare importanță : aceea de a face (sau a ne face) cît mai mult bine și cît mai puțin rău. Această idee corespunde dealtfel unui principiu fundamental al medicinii.

Scopul nostru trebuie să fie acela de a ajunge cît mai devreme la o unitate sanitară corespunzătoare. Tergiversarea, aplicarea unor leacuri empirice („băbești") pot fi foarte dăunătoare ; dar nici panica, plînsul, manifestările isteroide nu ajută. Este și în astfel de situații nevoie — ca și în atîtea ocazii grele pe care viața le poate aduce — de înțelepciune, de bun simț și de unele cunoștințe.

A sosit momentul să discutăm pe scurt *complicațiile* afecțiunilor căilor biliare. O parte dintre ele ne sînt de fapt cunoscute, întrucît reprezintă ele însele boli pe care le-am enumerat.

— Anomaliile, fiind atît de diverse, pot da complicații numeroase. Unele duc la moarte, cum este atrezia de căi biliare. Altele — cum sînt stricturile, cudurile — creează un obstacol în scurgerea bilei și produc astfel lezarea gravă a ficatului : ciroză colostatică. Cele mai multe favorizează apariția dischineziilor, litiazei și fenomenelor inflamatorii.

— Tulburările funcționale au drept complicații principale tot litiaza și diferitele tipuri de inflamații (colecistite, coledocite, angiocolite).

— Bolile inflamatorii acute au un potențial evolutiv sever. Colecistitele acute pot duce la supurație și gangrenă, fistule, reacții din partea organelor vecine, dar mai ales la perforație și apariția peritonitei biliare. Angiocolitele acute — prin ele însele grave — pot duce la însămînțări bacteriene în alte organe și la constituirea unor infecții generalizate (septicemii).

Bolile inflamatorii cronice pot prezenta episoade de acutizare ; ele favorizează instalarea dischineziilor de toate tipurile și constituie un teren pentru dezvoltarea calculilor.

— Litiaza biliară poate da în primul rînd complicații cu caracter mecanic. Obstruarea gîtului veziculei sau a canalului cistic determină apariția hidrocolecistului (sau hidropsului vezicular) : veziculă mult mărită, în stare de tensiune și cu un conținut de aspect clar, denumit „bilă albă". Migrarea calculilor mai jos reprezintă substratul principal al litiazei coledociene. Cam în 9 din 10 cazuri de litiază a canalului coledoc, sursa o constituie vezicula (Bancu, 1979).

La rîndul ei, litiaza căii biliare principale (canalul hepatic și canalul coledoc) poate produce rupturi de coledoc, suferințe ale papilei și sfincterului Oddi — care se reflectă asupra întregului arbore biliar și chiar asupra ficatului —, ileus biliar.

Alte complicații de ordin predominant mecanic sînt fistulele biliare.

Complicațiile cu caracter inflamator-infecțios ale litiazei includ colecistita acută, angiocolitele, colecistita cronică, pancreatita acută și cronică, hepatita cronică satelită ș.a.

Mai reamintim, dată fiind importanța problemei, că litiaza biliară constituie un factor predispozant pentru cancer.

O problemă înrudită cu aceea a complicațiilor este cea a *bolilor asociate* cu patologia biliară.

Se bazează mai mult pe observații practice și mai puțin pe explicații riguroase. S-a constatat astfel că afecțiunile biliare, în mod deosebit litiaza și colecistita cronică, se întîlnesc frecvent la persoane care suferă de cardiopatie ischemică cronică (boală larg răspîndită în epoca noastră și descrisă în alte lucrări apărute în colecția „Vacanță și sănătate"). Cîteodată asemenea perturbări biliare joacă rolul unei „spine iritative" și facilitează declanșarea formelor dureroase de cardiopatie. Alte asocieri : cu boli de metabolism și nutriție, cum sînt diabetul zaharat, obezitatea, dislipidemiile ; de asemenea cu bolile enumerate la discuția asupra colecistitei cronice și a cauzelor sale. Aceste posibilități de asociere au importanță deosebită pentru tratament.

După stabilirea diagnosticului și aplicarea terapiei corecte, evoluția unei boli biliare este dictată în primul rînd de natura ei : favorabilă, cu vindecare sau ameliorare marcată în unele anomalii, unele dischinezii, unele boli inflamatorii, anumite forme de litiază, tumori benigne etc. Din contră, există și boli în care posibilitățile terapeutice sînt restrînse (cancere avansate) sau boli cu potențial invalidant (exemple : angiocolite grave ; litiaze complicate, ce necesită operații extinse ; anomalii majore ; suferințe post-

operatorii severe ; fistule și peritonite biliare). În afară de natura bolii, evoluția este influențată de vechimea bolii, de vîrsta și sexul pacientului, de starea lui generală, de corectitudinea și promptitudinea tratamentului, de complicații și afecțiuni asociate, ca și de mulți alți factori. Așadar, *din punct de vedere al prognosticului*, bolile biliare acoperă toată aria de posibilități dintre vindecarea deplină și moartea pacientului.

Terapeutica bolilor biliare

Privire de ansamblu asupra tratamentului

Am trecut în revistă pînă acum aspectele esențiale privind organizarea și funcționarea aparatului biliar, principalele sale dereglări, cauzele și mecanismele de producere, de asemenea manifestările acestora, felul în care se pot depista și în care pot să evolueze. Am văzut că bolile căilor biliare au o semnificație diversă : de la perturbări foarte simple, aproape neglijabile, pînă la entități grave, cu prognostic rezervat, unele dintre ele reprezentînd mari urgențe medico-chirurgicale.

Toate cele discutate reprezintă premise pentru justificarea și înțelegerea atitudinii terapeutice. Aceasta, în principiu, trebuie să fie cît mai completă (a nu se înțelege excesivă : nici din partea medicului, nici din „propria inițiativă" a pacientului !). Cu alte cuvinte, o suferință biliară va fi tratată tocmai pe baza unei bune cunoașteri și interpretări : mijloacele ce urmează să fie folosite vor „ținti" spre cauze și mecanisme, pe care vor încerca să le rezolve ; ele se vor adresa gamei de manifestări pe care le prezintă bolnavul, complicațiilor și afecțiunilor sau tulburărilor coexistente. În general tratamentul se individualizează, se modelează de la caz la caz, în funcție de particularități.

Remediile pe care le avem la dispoziție sînt, în clipa de față, suficient de puternice, atît ca număr, cît și ca eficacitate. Problema care se ridică este aceea a mînuirii lor corecte.

În paginile care urmează vom discuta mai întîi mijloacele dietetice, a căror contribuție poate fi de importanță considerabilă.

Vom descrie apoi principalele medicamente, unele mai vechi, cu acțiune verificată în timp, altele mai noi ; vom vorbi despre posibilitățile lor, despre modul de administrare și alte aspecte înrudite.

Un alt capitol va fi rezervat plantelor medicinale și felului în care le putem utiliza.

Problemele legate de tratamentele balneare și cu agenți fizici vor constitui obiectul unui capitol separat.

Contribuția chirurgiei la rezolvarea unor probleme de patologie biliară este foarte însemnată ; fără a intra în amănuntele „artei chirurgicale", este totuși necesar să prezentăm unele probleme generale.

Vom mai comenta pe scurt o serie de inexactități și nerealizări legate de tratament.

Posibilitățile de preîntîmpinare a bolilor biliare sau a agravării lor vor constitui obiectul unui alt capitol.

În încheiere vom menționa cîteva din aspectele mai noi și problemele care se întrevăd pentru viitor.

Posibilitățile și principiile tratamentului dietetic

În multe boli ori grupuri de boli modul de alimentație are o semnificație deosebită.

În cazul maladiilor de căi biliare alimentația poate fi privită din două puncte de ve-

dere : pe de o parte ca factor nociv, incriminat în producerea și întreținerea sau agravarea acestor maladii ; pe de altă parte alimentația dietetică, controlată științific, care joacă un rol terapeutic de valoare.

Despre *rolul patogen al alimentației* am pomenit încă din prima parte a lucrării. Este util să subliniem că, pe lîngă obiceiuri sănătoase, bucătăria românească — ca și a altor popoare, desigur — a moștenit unele tradiții culinare dăunătoare ; cu repercusiuni asupra aparatului biliar este modul de preparare a alimentelor folosind grăsimi animale prăjite, ceapa prăjită, rîntașurile, sosurile grele, condimentele în exces, tocăturile. Dar nu numai modul de preparare are însemnătate ; chiar unele alimente în sine sînt greu tolerate de aparatul biliar : grăsimile în exces, alimentele bogate în colesterol, conservele, afumăturile, ouăle prea multe. Alcoolul, cafeaua, tutunul — mai ales cînd depășesc anumite limite — pot interveni și ele.

Să mai reamintim corelația existentă între bolile biliare și unele maladii de nutriție și metabolism. Indivizii obezi, indiferent pe ce „cale" au ajuns la obezitate (mîncînd prea multă pîine și făinoase, prea multe dulciuri, grăsimi, sau mîncînd — pur și simplu — peste măsură), sînt mai predispuși la tulburări ale aparatului biliar. S-a constatat de asemenea că diabeticii fac mai frecvent boli biliare, în special litiază și că acestea le pun probleme deosebite. Indivizii cu boli ale metabolismului lipidic (hiperlipoproteinemii) sînt și ei mai predispuși la astfel de perturbări. Există de asemenea observații cu privire la legătura dintre patologia biliară și

ateroscleroză, hiperuricemii etc. Or, în toate aceste afecțiuni, printre factorii producători, un rol important îl ocupă factorul alimentar.

Dar nu numai o boală biliară în ansamblu, ci și diferite accidente sau fenomene paroxistice ale acesteia sînt condiționate de erori alimentare. Să reamintim că o colică hepatică, de pildă, poate fi indusă de o masă copioasă, cu mîncăruri grele și alcool, mai ales dacă „ospățul" a avut loc seara.

Intoleranța suferinzilor biliari pentru grăsimi, tocături și sosuri este atît de frecventă, încît este considerată ca o caracteristică cu valoare pentru diagnostic.

Revenind la alimentația dietetică, este de subliniat un deziderat fundamental : ca în orice altă categorie de boli, și în situația celor biliare indicațiile de regim se fac pornind de la *normele recunoscute ale alimentației raționale*, adaptate la vîrsta, sexul, situația fiziologică și patologică a celui în cauză (Mincu, 1974).

Se știe că, prin alimentația sa zilnică, omul trebuie să răspundă unor cerințe energetice și principii nutritive. Astfel, există o cheltuială minimă de energie care trebuie acoperită ; ea este necesară pentru întreținerea funcțiilor vitale ale organismului. Poartă denumirea de „metabolism bazal", fiind estimată la aproximativ 800 calorii pe 24 ore. În fapt valoarea acestei cheltuieli este dependentă și ea de factori fiziologici și patologici.

În afara consumului bazal, aportul energetic mai trebuie să facă față și altor nevoi. Este obligatoriu să adăugăm un număr de calorii care se cheltuiesc chiar în cursul digerării și absorbției alimentelor : așa-numita

„acțiune dinamică specifică". Din punct de vedere al principiilor nutritive fundamentale, această acțiune dinamică specifică are valoarea cea mai înaltă pentru proteine.

Un alt adaus trebuie făcut pentru cheltuielile energetice impuse de menținerea constantă a temperaturii corpului (cheltuieli de termoreglare). Valoarea acestora depinde de anotimp și îmbrăcăminte.

În sfîrșit, un adaus cu nivel oscilant este cel impus de gradul de efort fizic pe care îl depunem. Oscilațiile se referă de fapt la profesiunea pe care o avem, natura ei fiind cea care imprimă în esență un travaliu muscular mai mare sau mai mic. Aceste consumuri sînt calculate destul de riguros pentru fiecare profesiune, așa că există baza necesară pentru stabilirea corectă a ratiei energetice a oricărui om. Vom menționa doar că se estimează la 20—25 calorii/kg-corp/zi nevoile energetice ale unei persoane aflate în repaus la pat ; în caz de travaliu muscular ușor se dau 30—35 calorii/kg-corp/zi ; pentru travaliu moderat : 35—40 calorii/kg-corp/zi ; pentru travaliu intens : 40—45 calorii/kg-corp/zi ; pentru travaliu foarte intens : 50—60 calorii/kg-corp/zi (Mincu, 1978).

O subliniere : cînd discutăm despre numărul de calorii raportat la kg-corp greutate se subînțelege că ne referim la greutatea ideală a individului, nu la aceea pe care o poate avea. Sublinierea este importantă mai ales pentru cei care se îndepărtează serios de această greutate perfectă : persoanele prea slabe, dar mai ales cele obeze. Pentru a afla cît reprezintă greutatea ideală a fiecăruia dintre noi există diverse procedee. În even-

tualitatea că avem la îndemînă tabelele corespunzătoare, le consultăm pe acestea. Dacă nu, ne ajutăm de unele formule simple, mai mult sau mai puțin precise. O astfel de formulă este aceea a lui Broca : G I (greutatea ideală în kg)=T (înălțimea în cm) — 100. Pentru vîrstele și înălțimile mijlocii este destul de bună. Alte formule sînt însă mai exacte, întrucît iau în calcul și factorul vîrstă (V). O asemenea formulă este următoarea : $GI = 50 + 0{,}75\ (T - 150) + \frac{V - 20}{4}$.

Pentru sexul feminin tot rezultatul se înmulțește cu 0,9. Să luăm un exemplu : în situația că este vorba de un bărbat, cu înălțimea de 1,70 m și vîrsta de 40 ani, greutatea ideală $= 50 + 0{,}75\ (170 - 150) + \frac{40 - 20}{4} =$

$= 50 + 0{,}75 \times 20 + 5 = 70$ kg. Dacă este femeie, atunci greutatea ideală este $70 \times 0{,}9 = 63$ kg. (Observăm că, prin formula Broca, obținem tot 70 kg, dar nediferențiat.)

Totalul nevoilor energetice este asigurat prin arderea celor trei principii nutritive fundamentale : proteine, glucide sau hidrați de carbon, lipide sau grăsimi. Proteinele și glucidele eliberează prin ardere cca 4 calorii/gram. Lipidele sînt surse energetice mult mai puternice ; ele eliberează prin ardere cca 9 calorii/gram. Rigorile alimentației raționale se extind și asupra proporției pe care trebuie s-o constituie fiecare din cele 3 principii din suma calorică.

Proteinele trebuie să furnizeze aproximativ 11—13% din caloriile zilnice (la copii proporția este mai mare). Dar proteinele sînt importante întîi de toate nu ca sursă energetică, ci ca substanțe plastice, de structură, fără de care viața nu este posibilă. Din nevoia de proteine, o proporție de 45—50% trebuie să fie dată de proteinele cu valoare biologică ridicată, existente în alimente de origine animală : carne, lapte și brînzeturi, ouă.

Glucidele reprezintă sursa energetică cea mai însemnată, deoarece ele furnizează în mod normal 55—65% din calorii. Dintre alimentele bogate în glucide, este bine ca accentul să cadă pe cereale, fructe și legume, mai puțin pe glucidele concentrate (cum sînt dulciurile).

Grăsimile vor aduce 25—35% din calorii. Și aici este importantă calitatea : se recomandă ca grăsimile de proveniență animală să fie în proporție de 2/3 pînă la 1/2 din cantitatea totală de lipide, iar restul să fie de origine vegetală.

Aceștia au fost factorii nutritivi fundamentali. Însă alimentația trebuie să mai includă alte cîteva principii.

Substanțele minerale contribuie la structura și buna funcționare a organismului. Unele sînt necesare în doze de grame, altele în doze foarte mici (oligoelemente). Exemple : un adult trebuie să primească pe zi cca 4 g de sodiu ; 3,2 g de potasiu ; 1,2 g de fosfor ; 0,8 g de calciu ; 18 mg de fier ; 1 mg de fluor etc. Mineralele sînt furnizate mai ales de fructe, legume, lactate, carne, ouă. O parte din clorura de sodiu este adăugată la prepararea mesei (sarea de bucătărie).

Vitaminele fac parte dintre „biocatalizatori", deci substanțe care stimulează reacțiile

biochimice din organism și sînt indispensabile desfășurării normale a vieții. Cantitățile necesare pe zi nu sînt mari, dar lipsa lor din alimentație, se știe că poate avea consecințe nefaste. Exemple : nevoia de vitamina A este în jur de 5000 U I (1,5 mg) pe zi ; cea de vitamina B_1 de 1,5 mg pe zi ; cea de vitamina C de 50—150 mg/zi. O alimentație completă poate procura în general vitaminele, cu anumite corective, asupra cărora nu insistăm.

Apa este adusă parțial prin alimente, parțial este ingerată ca atare. Nevoile hidrice sînt de cca 2,5—3 l pe zi.

Mai recent s-a arătat că alimentația trebuie să includă obligatoriu și o anumită cantitate de „fibre" sau „substanțe de balast" (cum ar fi celuloza). Ele sînt furnizate de cereale, legume, fructe. Sînt necesare în primul rînd pentru funcționarea intestinului, dar au și alte roluri.

Toate aceste principii nutritive sînt conținute în diferite combinații și cantități în alimentele propriu-zise, a căror diversitate — după cum cunoaștem cu toții — este remarcabilă la scara întregii planete. Iată de ce alimentele au fost clasificate, după caracteristicile fundamentale, în mai multe grupe. Au fost de asemenea stabilite proporțiile pe care trebuie să le ocupe fiecare din grupe în cadrul unei alimentații corecte zilnice. Grupa I (carne și derivate) trebuie să furnizeze 4—8% din rația calorică ; grupa II (lapte și derivate) va aduce cca 10% (de fapt de la 3 la 35% în funcție de vîrstă și starea fiziologică) ; grupa III (ouăle) : 3—4% ; grupa IV (grăsimile) : 12—17% ; grupa V (pîinea și produsele cerealiere) : 25—45% ; grupa VI (legumele) și grupa VII (fructele) : 17—18% ; grupa VIII (zahărul și derivatele) : numai 7—8% ; grupa IX (băuturile nealcoolice) și grupa X (condimentele) vin să completeze tabloul hranei umane.

Dar, pentru sănătatea noastră, nu este important numai ce mîncăm, ci și cum mîncăm ; cu alte cuvinte, alimentele vor fi pregătite și incluse în anumite preparate și meniuri respectîndu-se o serie de reguli. Să mai adăugăm că sistemul „modern" de a mînca doar o dată sau de două ori pe zi este dăunător și că numărul cel mai potrivit al meselor este de 5—6 în 24 ore (a nu se confunda recomandarea de a mînca relativ des, cu aceea de a mînca prea mult !).

Pornind de la aceste aspecte generale, vom încerca să conturăm în următoarele pagini *principiile alimentației dietetice în bolile aparatului biliar*. Regimurile indicate caută să combată, într-o cît mai mare măsură, principalele perturbări ce se află la baza acestor maladii : tulburările de funcționalitate, procesele inflamatoare, tendința spre calculoză, tulburările metabolice „de fond" corelate cu geneza bolilor biliare ; ele se diferențiază pentru fazele acute și cronice ale evoluției. După sistematizarea propusă de I. Mincu în 1974, există cîteva tipuri fundamentale de regimuri.

1. Regimul de repaus al aparatului biliar include două variante :

— Prima este regimul de repaus absolut, care se obține prin excluderea din hrană a surselor de proteine și grăsimi și menținerea doar a glucidelor. În desfășurare lucru-

rile se petrec astfel : în ziua întîi se dau numai lichide (este vorba de ceaiuri), slab îndulcite. De a doua zi se începe „îmbogățirea" dietei cu pîine prăjită și mucilagii. Acestea se prepară, pe scurt, astfel : cca. 30 g fulgi de ovăz ori 60 g orez spălat ori 75 g orz se pun în apă rece și se fierb 1/2 oră sau mai mult ; se adaugă puțină sare, eventual puțin zahăr și se strecoară. Această alimentație se extinde pe un interval de 2—3 zile. Ea se folosește în accidente acute severe, cum sînt colicile, angiocolitele etc.

— Regimul de repaus relativ este un regim de cruțare biliară pentru timp îndelungat, aplicabil unor boli cronice. El trebuie să fie destul de bine echilibrat, cu o oarecare restrîngere a proporției de grăsimi, în favoarea proteinelor și a glucidelor. Într-un astfel de regim sînt permise : carnea slabă, preferabil de pasăre sau animal tînăr, fiartă sau grătar ; de asemenea șunca slabă, peștele slab (știucă, calcan, păstrăvi, guvizi, șalău etc.) ; dintre lactate : lapte smîntînit, lapte bătut, iaurt, ceai sau cicoare cu lapte, brînză de vaci, urdă, brînzeturi nefermentate ; de la ouă doar albușul ; de la grăsimi doar unt și untdelemn în cantitate mică ; pîine albă, făinoase (orez, griș, macaroane, tăiței etc.) ; legume fierte sau pregătite cu unt ori untdelemn : fasole verde, morcovi, dovlecei, cartofi (cu moderație, pentru a nu favoriza fermentația și meteorismul), spanac, salată verde etc. ; fructele pot fi date crude (mere, pere, struguri, pepene) ori sub formă de compot, gelatine, marmeladă ; prăjituri cu fructe și brînză, miere ; ca băuturi : ceaiuri, limonade, siropuri. Sosurile și supele vor fi pregătite după reguli dietetice : fără rîntașuri, fără ceapă prăjită, fără grăsime prăjită. (Un sos dietetic „alb" se prepară destul de simplu : se amestecă inițial o lingură de făină cu o lingură de lapte ; se mai adaugă 3—4 linguri de lapte cald, amestecînd permanent, pentru a asigura fluența compoziției ; urmează cca 15 minute de fierbere, pe parcursul cărora adăugăm încă puțin unt și sare. Sosul se poate „colora" cu ajutorul unei mici cantități de suc de roșii.)

Dintre alimentele interzise menționăm : cărnurile grase sau de animal bătrîn, cele de porc, gîscă, rață, vînat, ca și organele, mezelurile, cîrnații, tocăturile*, afumăturile, conservele de carne ; de asemenea peștele gras (crap, somn, morun, sardele) și icrele ; laptele gras și brînzeturile grase ori fermentate ; gălbenușul de ou și maioneza, grăsimile animale, inclusiv slănina, smîntîna ori frișca ; legume de felul verzei, castraveților, ciupercilor, ridichilor, țelinei, uneori chiar roșiilor ; leguminoase uscate (fasole, mazăre, linte) ; fructe oleaginoase (nuci, alune, migdale) ; mai includem pe această listă sosurile (exceptînd pe cele dietetice), prăjiturile cu multe ouă, ciocolată, frișcă, ca și cafeaua neagră, alcoolul, majoritatea condimentelor.

Acest regim de cruțare a căilor biliare se individualizează, în funcție de boala în sine și contextul general al cazului.

* Un exemplu pitoresc îl constituie gustoasele și tradiționalele sarmale, mai ales atunci cînd la pregătirea lor se folosește și varza murată. Pentru cei care iubesc foarte mult această mîncare propunem adaptarea unei variante bucovinene : sarmale cu urdă, la care deci se evită folosirea cărnii tocate.

2. Regimul coleretic, după cum ne arată și numele, se folosește pentru a obține o influențare a mecanismului formării de bilă de către ficat. S-a observat că secreția biliară poate fi modificată prin adăugarea în cantitate mai mare a cărnii de vacă (rasol, grătar) și a unor organe (ficat, rinichi) la modelul de dietă înfățișat mai sus.

Acest regim este aplicabil de asemenea unor boli cronice, cu evoluție în general mai favorabilă.

3. Regimul colagog, care este implicit și coleretic, se adresează unor situații particulare, cînd predomină hipotonia sau atonia veziculei, fără însă ca aspectul respectiv să fie indus de vreun obstacol. Scopul aplicării acestui tip de regim este cel de a favoriza contractilitatea veziculară. Pentru aceea se apelează la alimente de genul : untdelemn, untură, unt, smîntînă, frișcă, gălbenuș de ou. Administrarea lor este preferabilă în stare pură (crude). Am văzut că, sub formă modificată termic, astfel de alimente grase sînt de obicei dăunătoare sau foarte dăunătoare în bolile biliare. Efecte colagoge bune și nepericuloase se obțin cu untdelemn luat pe nemîncate, cu gălbenuș crud etc.

4. Corectarea unor tulburări metabolice mai ample, despre care se știe că sînt corelate cu afecțiunile biliare, presupune de asemenea folosirea unor tipuri de dietă. Așa, de pildă, în eventualitatea unor valori crescute ale colesterolului sau altor lipide serice, vom aplica un tip de regim adecvat. În caz de obezitate, dieta va fi obligatoriu hipocalorică. În eventualitatea coexistenței unor manifestări alergice, se indică regimuri zise „de desensibilizare". În caz că litiaza survine la un diabetic sîntem obligați să modelăm dieta antilitiazică pe tiparul celei antidiabetice. Mai sînt, evident, și alte situații de acest fel.

În ultima parte a capitolului să vedem cum se aplică aceste indicații și principii în cîteva situații concrete, deci *în cîteva din cele mai importante boli ale aparatului biliar :*

● *În litiaza biliară* prescripțiile dietetice au prezentat de-a lungul timpului unele oscilații, legate de teoriile care s-au succedat cu privire la mecanismul genezei calculilor.

În sinteză, după Prof. Pavel (1959), trebuie să rămînă interzise acestor bolnavi următoarele :

a) alimentele bogate în colesterol, cum sînt : gălbenușul de ou (2 g colesterol la 100 g produs), creierul (2 g%), alte organe, caviarul, stridiile etc. ;

b) grăsimile grele, tocana, sosurile grase, pateul de ficat ;

c) alimentele fermentate, conservate, afumate ;

d) condimentele puternice, exceptînd sarea, oțetul de vin, lămîia și unele plante aromatice ;

e) băuturile alcoolice tari, vinurile acide și uneori cafeaua.

Alimentele permise sînt cam acelea enumerate la regimul de repaus relativ al căilor biliare.

Se vor combate posibilitățile de fermentație intestinală.

Mesele vor fi mici și repetate.

Pentru a facilita cititorului concretizarea acestor sfaturi, vom reda mai jos un model de

meniu, subliniind că este doar un exemplu din extrem de numeroasele care s-ar putea recomanda. Insistăm asupra faptului că există multiple posibilități de combinare și agrementare a hranei, astfel încît păstrarea dietei să nu reprezinte o „corvoadă".

1. Masa de dimineață :
   - — ceai, lapte ecremat, cafea decofeinizată ;
   - — gem, dulceață sau miere ;
   - — pîine prăjită sau mai veche.
2. Gustarea de ora 10 :
   - — iaurt sau fructe.
3. Masa de prînz :
   - — supă de legume fără grăsime ;
   - — rasol de găină cu sos dietetic, friptură de carne slabă, pește slab rasol etc. ;
   - — pîine (cu aceleași caracteristici) ;
   - — compot sau papanași fierți.
4. Gustarea de ora 17 : — ca la ora 10.
5. Masa de seară :
   - — legume pregătite dietetic ;
   - — orez cu lapte.

● În colecistitele cronice nelitiazice se recomandă, în general, un regim de tipul celui de repaus relativ ; cînd sînt în afara unor faze evolutive, se poate aplica regimul coleretic (Mincu, 1978).

Trebuie ținut seama și de frecventele tulburări coexistente la acești pacienți (din partea stomacului, duodenului, colonului ori a

altor organe), regimul căpătînd numeroase nuanțe impuse de întregul context patologic.

Se pot încerca cure de ulei de măsline : dimineața, pe nemîncate, 1—3 linguri de ulei într-o serie de 15 zile pe lună.

● În manifestările acute, cum sînt colica biliară, colecistitele și angiocolitele acute, se aplică la început regimul de repaus absolut al căilor biliare.

Treptat dieta se îmbogățește, dar cu precauție, în funcție de particularitățile evolutive, trecîndu-se spre regimul de repaus relativ al aparatului biliar.

● Dintre dischineziile biliare, o problemă dietetică specială ridică atonia și hipotonia colecistitică. Am văzut că se aplică o dietă colagogă și colecistochinetică, care include unele grăsimi : unt, smîntînă, ulei, ouă. Uneori se fac cure de ulei sau de ouă (1—2 ouă, fierte moi, administrate dimineața).

Dacă bolnavii sînt denutriți, dieta va trebui să aducă un supliment de calorii, proteine și vitamine.

Se mai recomandă ca, după mese, bolnavii să păstreze un repaus orizontal de cca o oră.

Sub influența regimului și a celorlalte mijloace uneori se poate obține o ameliorare a funcționării veziculei.

În dischineziile de tip hiperton se aplică o dietă de tipul regimului de cruțare (repaus relativ).

În insuficiența sfincterului Oddi se indică mijloace de spălare a căilor biliare : ingestia de lichide în cantitate crescută, ceaiuri coleretice ș.a., pe lîngă o alimentație ușor hiperproteică (Pavel, 1959).

După operațiile pe căi biliare, ca și după alte operații digestive, alimentația se reia treptat. La început bolnavul primește doar perfuzie intravenoasă cu glucoză și alte soluții. Apoi se încearcă realimentarea pe cale bucală cu ceaiuri, zeamă de compot, sucuri și alte lichide zaharate. După această fază hidrică, se adaugă alimente din ce în ce mai consistente, în raport cu evoluția postoperatorie și afecțiunile asociate.

Oricum, nu este indicat ca o persoană operată de căi biliare să ajungă cu timpul să mănînce de toate, indiferent de cantitate și de ritm. Este mai prudent ca o dietă de cruțare, mai mult sau mai puțin riguroasă, să fie menținută timp îndelungat, pornind de la considerentele că anatomia și fiziologia aparatului biliar au fost modificate prin actul operator și că unele din bolile biliare (în special litiaza) au tendință spre recidive.

Preceptele dietetice devin mai severe atunci cînd, după operație, starea bolnavului nu este mulțumitoare și se instalează una din numeroasele tulburări incluse în așa-zisul „sindrom postcolecistectomie".

Medicamentele și folosirea lor

Fără a le supraestima importanța, trebuie totuși să spunem că medicamentele ocupă un loc central în tratamentul afecțiunilor căilor biliare. Numărul și posibilitățile lor sînt în creștere permanentă. În prima parte a capitolului vom discuta medicamentele ca atare (clasificare, mod de acțiune, preparate, doze uzuale etc.), iar în continuare vom descrie folosirea lor în principalele boli.

1. *Pentru combaterea manifestărilor dureroase* se folosesc substanțe care poartă denumirea de „antialgice", de multe ori în asociere cu o altă categorie, pe care o vom prezenta imediat după aceasta. Există tipuri diferite de antialgice, atît din punct de vedere al formulei chimice și provenienței, cît și ca eficacitate. Este nevoie de o cunoaștere precisă a lor, deoarece unele pot da fenomene secundare (dăunătoare). Ținem să subliniem încă de acum — de fapt sublinierea este foarte potrivită pentru o asemenea categorie de medicamente — că este incorectă folosirea nejudicioasă, abuzivă și în necunoștință de cauză a diferitelor medicamente. Nu este nevoie să ne lăsăm chinuiți de o durere atroce sau persistentă de frica „intoxicării" cu doctorii (deși sînt și persoane care procedează în acest mod) ; dar nici să ne „îndopăm" toată ziua, pentru manifestări de boală minore sau chiar închipuite, cu tot felul de calmante (dacă se poate cît mai noi, cît mai sofisticate și — eventual — din țări străine...).

Algocalminul (sinonime : Novalgin, Analgin ș.a.) se găsește în farmaciile noastre sub formă de comprimate, fiole și supozitoare. El acționează contra durerilor de două ori mai puternic decît aminofenazona. În plus combate manifestările inflamatorii și febra.

Dintre neajunsurile sale menționăm posibilitatea determinării unor noduli la locurile de injectare ; de asemenea poate da cîteodată reacții alergice pe piele (urticarie sau altele).

Dozele obișnuite (la adulți) : între 1 și 3 comprimate pe zi ; 1 sau 2 fiole pe zi ; între 1 și 3 supozitoare pe zi.

Aminofenazona (sinonime : Pyramidon, Amydopyrin etc.) acționează moderat împotriva durerii, febrei și inflamației. Ca neajunsuri, poate să dea unele reacții cutanate și sanguine. Se prezintă sub formă de comprimate a cîte 0,30 g și se pot administra, în funcție de intensitatea simptomelor, cam pînă la 6 comprimate pe zi (dozele mai mari, folosite în anumite situații, necesită o supraveghere medicală mai atentă).

Antidorenul (Sedalgin) este un amestec de substanțe cu acțiune contra durerii. Se prezintă sub formă de fiole și se administrează între 1 și 3 fiole pe zi, în injecții intramusculare mai adînci.

Fasconalul se găsește sub formă de comprimate, în care sînt însumate mai multe substanțe antialgice și sedative. Se dau cca 3—4 comprimate pe zi, dar nu pe stomacul gol, deoarece poate provoca senzații de „arsură" în epigastru.

Fenilbutazona (sinonime : Reumazol, Butazolidine etc.) este un medicament cu acțiune destul de importantă împotriva durerii și manifestărilor inflamatorii. Este mult folosit în bolile reumatismale. Dar trebuie prudență și control medical, întrucît poate da tulburări stomacale serioase, reținere de lichide, reacții sanguine și alte fenomene secundare. De aceea se contraindică folosirea lui atunci cînd bolnavul prezintă ulcer gastroduodenal, insuficiență hepatică sau renală și încă o serie lungă de afecțiuni. Se prezintă sub formă de drageuri, supozitoare și unguent. În situațiile care ne interesează sîntem de părere să folosim mai mult supozitoarele : 1—2, maximum 3 pe zi.

Fortralul (Pentazocin) este un medicament mai nou, deosebit de puternic. Are acțiune analgezică asemănătoare cu a Morfinei, fără a da însă obișnuință. Trebuie rezervat unor manifestări dureroase de intensitate deosebită. Se înțelege că poate da și el o serie de fenomene secundare. Se prezintă sub formă de comprimate și fiole. Dozarea lor este stabilită nemijlocit de medicul curant.

Am dat cîteva exemple de medicamente folosite curent pentru ameliorarea durerilor. În afara acestora, să pomenim pe scurt și despre analgezicele cu caracter de stupefiante, care se utilizează în anumite situații extreme.

Morfina se prezintă sub formă de fiole. Mînuirea ei reclamă măsuri speciale, impuse de legislația în vigoare, din cauza pericolului de toxicomanie și a altor efecte secundare. Este un analgezic foarte puternic și se folosește uneori în patologia biliară (pentru combaterea unor dureri violente sau în proba farmacodinamică, menționată la descrierea examenului radiologic). Pe lîngă impedimentele generale ale folosirii Morfinei, să mai amintim încă unul : administrarea sa poate să mascheze eventualele complicații ale unor boli biliare, în special constituirea unei peritonite acute (Galea și Bucur).

Mialginul (sinonime : Dolantin, Pethidine etc.) are o valoare similară cu a Morfinei din punct de vedere analgezic și sedativ. Este de asemenea supus legislației speciale. Se prezintă sub formă de fiole.

Sintalgonul este un analgezic de tipul Morfinei, dar prezentat și sub formă de comprimate, în afară de fiole.

De real folos pot fi în manifestările biliare paroxistice unele *medicamente asociate*: fiole de Morfină-Atropină, fiole de Hidromorfon-Atropină (Dilauden-Atropină), fiole de Hidromorfon-Scopolamină (Dilauden-Scopolamină). După cum se observă, acestea conțin un analgezic foarte puternic împreună cu un antispastic puternic și au — printre indicațiile principale de utilizare — colicile hepatice.

2. *Combaterea spasmului* musculaturii din pereții căilor biliare, prezent în majoritatea situațiilor patologice, reclamă folosirea unei noi categorii de medicamente. Vom alege și aici exemplele cele mai ilustrative.

Atropina (mai corect Sulfatul de atropină) a fost deja menționată. Acționează prin inhibarea componentei parasimpatice a sistemului nervos vegetativ. Are regim de stupefiante. Se prezintă sub formă de fiole. Se folosește în colici, administrată subcutanat sau intravenos. Nu se poate utiliza la bolnavii cu glaucom, fibrilație atrială, stări de pareză sau lipsă de contractilitate a musculaturii tractului digestiv. După folosire dă, ca fenomene secundare, senzație de uscăciune a gurii, dilatarea pupilelor cu imposibilitatea tolerării luminii, accelerare a inimii și altele.

Scobutilul (sinonim Buscopan) are de asemenea acțiune antispastică prin inhibarea sistemului parasimpatic. Este mult folosit în practica medicală. Se prezintă sub formă de comprimate, fiole și supozitoare. Dozele uzuale: 3—4 comprimate pe zi sau cîte 1 fiolă de 1—3 ori pe zi în injecții intramusculare ori chiar intravenoase sau 3—4 supozitoare (este vorba, ca și mai sus, de dozele pentru adulți). Nu se poate folosi la cei cu glaucom sau în sindroamele abdominale acute (pentru a nu ascunde manifestările utile diagnosticului). Ca efecte secundare: uscăciune a gurii, tahicardie, uneori depresiune nervoasă.

Scobutil-compus este un alt exemplu de medicament asociat; el întrunește un antispastic și un antialgic (un derivat de aminofenazonă). Se găsește ca fiole sau supozitoare. În colici se poate folosi cîte 1 fiolă injectată lent intravenos. Se mai poate injecta și intramuscular.

Papaverina, sub formă de fiole sau în constituirea unor formule magistrale (deci a unor medicamente preparate nemijlocit de către farmacist), are de asemenea acțiune antispastică și este curent utilizată. Ca fiole, se administrează subcutanat, intramuscular sau intravenos. Preparatele magistrale se includ în cașete ori alte forme și se administrează pe gură.

Lizadonul (Spasmoverin) conține atropină, papaverină și alte substanțe ajutătoare. Se prezintă sub formă de comprimate și supozitoare. Se folosește pe scară largă, deși nu este lipsit de contraindicații și reacții negative. Doze: între 1 și 3 comprimate pe zi; cam la fel și supozitoarele.

Foladonul (Belatot) și **Fobenalul** (Belafital) au în constituție extract din rădăcina de beladonă, despre care se știe că acționează prin blocarea intervenției sistemului nervos parasimpatic. Se prezintă sub formă de com-

primate. Ca și atropina, determină uscăciunea gurii și dilatarea pupilelor.

Printre *alte medicamente* folosite în scopuri similare mai amintim : Bergonal, Distonocalm, Helkamon, Reglan etc.

3. *Pentru sedarea (liniștirea) bolnavului,* a cărui agitație și nervozitate îngreunează evoluția și tratamentul propriu-zis, se pot folosi medicamente mai puternice sau mai puțin puternice, din categoriile tranchilizantelor, hipnoticelor sau celor înrudite.

Diazepamul (sinonime : Valium, Seduxen ș.a.) este mult folosit actualmente. Forme de prezentare : comprimate și fiole. Are o bună acțiune sedativă și chiar hipnotică (de producere a somnului). Are contraindicații și poate antrena tulburări : hipotensiune, incoordonare, depresiune și multe altele. Nu se va lua concomitent cu băuturile alcoolice. Dozele diferă considerabil de la caz la caz, fiind în jurul a 1—3 comprimate pe zi (de cîte 0,010 g). Fiolele se administrează după prescripția expresă a medicului.

Meprobamatul (Carbaxin) se prezintă sub formă de comprimate (1—3 pe zi). Este, de asemenea, incompatibil cu alcoolul.

Extraveralul (Valenal) este un sedativ ceva mai blînd, chiar insuficient pentru cei cu reacții nervoase excesive.

Nu vom mai insista asupra acestor clase de medicamente, al căror rol este numai ajutător pentru patologia biliară. Reamintim cititorului că gama acestora este largă și că utilizarea lor abuzivă constituie una din racilele vieții „moderne".

4. *Combaterea infecției,* cu ajutorul sulfamidelor și mai ales al antibioticelor, a reprezentat un progres însemnat în domeniul bolilor de care ne ocupăm.

Dar folosirea acestora implică a bună cunoaștere și respectarea unor reguli. De aceea nici nu pot fi lăsate la îndemîna oricui.

Ca idee generală, este bine să folosim terapia antiinfecțioasă ghidîndu-ne după indiciile oferite de antibiogramă. Ar trebui deci să obținem materialul infectat (în cazul nostru bila), să determinăm despre ce microbi este vorba și la ce substanțe sînt mai sensibili. Cum acest lucru nu este prea simplu — din cauza manevrelor și timpului pe care îl necesită —, de multe ori sîntem forțați să ne orientăm doar pe baza unor criterii indirecte. Știm astfel că infecțiile biliare sînt produse mai frecvent de bacilul coli, de alți germeni apropiați sau de asocieri microbiene și că împotriva lor sînt utile anumite antibiotice.

Un nou aspect de care trebuie să ținem seama este modul cum se elimină antibioticele prin bilă (Galea și Bucur, 1969). Nu este suficient ca un antibiotic să fie eficace pentru microbul respectiv în condiții de laborator și nici chiar dacă atinge concentrații mari în sînge ; antibioticul este folositor atunci cînd și în bilă, deci la locul unde dorim să acționeze, atinge concentrații corespunzătoare. Din acest punct de vedere se poate spune că există antibiotice cu eliminare aproape exclusivă la nivelul bilei (exemplu : Rifamicinele) ; antibiotice cu eliminare biliară foarte mare (exemple : Eritromicina, Ampicilina ș.a.) ; antibiotice cu eliminare

medie (exemple : Tetraciclina, Penicilina G) ; antibiotice care se elimină slab în bilă (exemple : Cloramfenicolul, Streptomicina, Colimicina). Vedem din ultimul exemplu cum Colimicina, care ne-ar fi de folos pentru combaterea colibacililor, nu întrunește condiția unei bune concentrări la nivelul căilor biliare.

O altă condiție de care trebuie să se țină seama în prescrierea antibioticelor este starea în care se prezintă ficatul. Trebuie să ne abținem de la utilizarea unor substanțe nocive pentru ficat, cu atît mai mult cu cît acesta dă eventuale semne de suferință.

Importantă este însăși starea căilor biliare ; în cazul unor obstacole, cu fenomene obstructive la nivelul canalului cistic, fluxul biliar nu mai poate purta antibioticul pînă la nivelul veziculei și deci lucrurile se schimbă : pentru a combate o infecție veziculară avem acum nevoie de antibiotice cu concentrare mare în sînge, singura cale pe care vezicula este abordabilă.

În sfîrșit, odată ce a fost inițiat, un tratament cu antibiotice trebuie să fie făcut cu doze suficient de mari, cu o durată relativ îndelungată, pentru a duce la stoparea infecției.

Să prezentăm acum cîteva dintre antibioticele și chimioterapicele utilizate mai des :

Ampicilina (sinonime : Penbritin, Binotal ș.a.) este de fapt o penicilină semisintetică. Are un spectru larg de acțiune, putîndu-se folosi în infecții cauzate de microbi diferiți și cu localizare diferită. Fenomene secundare reduse : unele reacții alergice sau tulburări digestive. Se prezintă sub formă de capsule

a 0,250 g și flacoane injectabile de 0,250 g și 0,500 g. Doza medie pentru adulți : 2 g pe zi, administrîndu-se cîte 0,500 g la 6 ore.

Eritromicină propionil este un alt antibiotic de tip penicilinic, care se prezintă sub formă de comprimate a 0,200 g. Fenomenele secundare sînt de asemenea reduse. Se administrează în jurul a 2 g pe zi, în prize repetate la 6 ore.

Tetraciclina (sinonime : Hostacyclin, Tetracyclin etc.) este un antibiotic cu spectru larg, care se găsește în farmacii sub formă de drageuri a 0,250 g și 0,125 g și de capsule a 0,250 g. Are o serie de contraindicații și poate da reacții negative : tulburări digestive, favorizarea dezvoltării unor ciuperci ș.a. Doza este de 2—4 g pe zi, împărțită în prize la 6 ore.

Penicilina G potasică este un antibiotic cunoscut de toată lumea și care a adus servicii inestimabile sănătății publice. Se obține din culturile unui fel de mucegai, denumit Penicillium. Se găsește în flacoane de 200.000, 400.000, 1.000.000 și 5.000.000 unități internaționale. Utilizarea sa este în prezent mai redusă din cauza dezvoltării rezistenței microbiene și din cauză că poate da fenomene alergice (uneori foarte grave). Tocmai de aceea indicațiile privind tratamentul cu Penicilină, calea și ritmul de administrare, dozele vor fi stabilite efectiv de către medic. Cititorii noștri știu foarte bine că mai există obiceiul de a face injecții cu Penicilină fără o recomandare medicală precisă, după sfaturi de genul : „Ai temperatură ? Fă niște Penicilină !" sau după experiențe personale

rău înțelese. Acest obicei trebuie combătut cu hotărîre.

Septrinul (Biseptol) este un chimioterapic mai nou, activ contra colibacililor și altor germeni, care are un mare avantaj : se prezintă sub formă de comprimate, din care se administrează obișnuit cîte două pe zi (dimineața și seara). Durata tratamentului este de 5—6 zile sau după cum stabilește medicul, în funcție de situație.

5. *Medicamentele cu acțiune directă pe aparatul biliar* sînt în principiu cele care au fie o acțiune coleretică (de favorizare a secreției biliare), fie o acțiune colecistochinetică (de stimulare a contracției veziculare), fie o acțiune colagogă (de influențare globală a evacuării bilei spre duoden).

Reducerea secreției biliare nu dispune de prea multe mijloace specifice. Ca mecanisme, o scădere a colerezei se poate obține fie prin diminuarea debitului sanguin către ficat, fie prin perturbarea funcționării celulei hepatice însăși. Un medicament folosit în scopul scăderii producerii de bilă și care acționează la nivelul celulelor ficatului este Vibtil-ul. Alte substanțe s-au dovedit toxice (Galea și Bucur).

Substanțele puternic colecistochinetice, cum ar fi preparatul „Cecekine vitrum", se folosesc și ele mai rar. În fapt se folosesc medicamente cu acțiune combinată (colecistochinetică și coleretică), cum ar fi Sulfatul de magneziu, Boldocolin, Peptocolin ș.a.

De utilizare mai largă rămîn deci medicamentele *coleretice* și *colagoge*. Nici între ele nu există o delimitare. Se spune că, după

felul în care lucrează, există două tipuri de substanțe coleretice : unele stimulează propriu-zis producția hepatică de bilă (coleretice adevărate) ; altele determină doar o creștere a apei și deci o diluare a bilei (hidrocoleretice).

Dar pentru a descrie mai pe larg aceste medicamente, vom respecta clasificarea autorilor menționați mai sus.

— Printre colereticele naturale sînt incluse sulfatul de magneziu (folosit la preparatele Bourget, care se iau dimineața, pe nemîncate, după dizolvare în puțină apă), alte săruri, ca și unele ape minerale.

Peptocolinul este un preparat, care conține sulfat de magneziu uscat și peptonă, prezentîndu-se sub forma unor granule. Se administrează tot dimineața, pe nemîncate ; se dizolvă 1—2 linguriță în cca 150 ml apă călduță, se înghit, apoi bolnavul trebuie să stea culcat pe partea dreaptă cam un sfert de oră. Poate produce unele reacții secundare de tip digestiv.

— Colereticele de origine vegetală sînt destul de numeroase. Unele din ele stau la baza unor produse ale industriei farmaceutice.

Boldocolinul se prezintă ca o soluție, în care sînt înglobate extract de boldo, ulei de mentă, carbonat de magneziu și alte ingrediente. Are acțiune coleretică, colagogă și colecistochinetică. Prin urmare nu se poate administra în situații acute sau cînd predomină hipertonia și hiperchinezia. Tulburări secundare dă numai cînd se depășește doza, care este în mod normal cam de 3 lingu-

rițe pe zi, luate cu 20—30 minute înaintea meselor.

Anghirolul (sinonime : Cinarol, Chophytol) se prepară dintr-un extract deproteinizat, obținut din frunzele de anghinare (Cynara scolimus).

Se prezintă sub formă de soluție (flacoane de 50 ml) sau de drageuri a 0,250 g. Este folositor în afecțiuni biliare cronice, unele afecțiuni intestinale și de altă natură. Nu se poate utiliza în situații acute ; în doze mari produce tulburări. Administrarea soluției se face astfel : în prima săptămînă de 3 ori pe zi cîte 10 picături ; în a doua săptămînă : 3×20 picături ; în a treia săptămînă : 3×30 picături. Pentru drageuri se indică de 3 ori cîte două pe zi. Așadar o cură durează în jur de 3 săptămîni ; ea se poate relua după o lună.

Rowacholul conține un amestec de mentol, mentonă, piner, borneol, camfen și cineol, în ulei de măsline. Se pare că este folositor și în litiază. Din flaconul de 10 ml se iau obișnuit de 4—5 ori pe zi cîte 3 pînă la 5 picături, pe o bucată de zahăr, cu 15—20 minute înainte de servirea meselor. În caz de colică hepatică se administrează o doză de 20—30 picături și se repetă, dacă este nevoie, după 15—20 minute.

Există și alte plante din care se obțin preparate cu acțiune coleretică ; vom mai reveni asupra lor într-un capitol separat.

— Printre colereticele denumite „biochimice" sînt incluse preparatele avînd la bază bila însăși sau componente ale ei.

Colebilul (Felagol) conține bilă bovină uscată, salicilat de sodiu, metenamină și ulei

de mentă. Acționează în sens colagog-coleretic și ca dezinfectant al căilor biliare. Se prezintă ca drageuri, din care se dau cîte 1—3 bucăți, după cele 3 mese principale.

Fiobilinul (sinonime : Decol, Bilidon ș.a.) este un medicament constituit din acid dehidrocolic (comprimate a 0,250 g). Pe lîngă acțiunea coleretică-colagogă, este diuretic și laxativ. De altfel, ca efecte secundare, poate da uneori diaree și colici abdominale. Se administrează în cure de 15 zile, după mesele principale, cîte 1 sau 2 comprimate.

— Colereticele de sinteză sînt numeroase și diverse din punct de vedere al structurii. Cîteva exemple : Salicilat de sodiu (în doze mari), Sulfarlem, Tolimetilcarbinol.

Carbicolul se prezintă sub formă de capsule gelatinoase, care conțin feniletilcarbinol și ulei de parafină. Se dau 1—3 capsule pe zi în timpul meselor principale. Este și el contraindicat în afecțiuni acute.

Pentru a exemplifica folosirea acestor medicamente în patologia biliară, vom alege întîi cîteva situații acute :

— **În colica biliară** accentul va cădea pe folosirea medicației antispastice (Atropină, Scobutil, Papaverină, Lizadon), la care se adaugă antialgice. Se mai recomandă cîteodată prescrierea unor derivați pe bază de nitriți (Nitroglicerină, Nitrit de amil) sau Miofilin (și echivalentele lui). Opiaceele — Morfina și preparatele înrudite — se folosesc foarte rar, din cauza riscurilor pe care le-am arătat. Dealtfel, Morfina produce și contracția sfincterului Oddi. Se încearcă evitarea acestui neajuns prin asocierea opiacee-

lor cu spasmolitice : Morfină-Atropină, Hidromorfon-Atropină etc.

Pentru combaterea greţurilor şi vărsăturilor, uneori foarte supărătoare, se adaugă poţiuni calmante sau medicamente de tipul Emetiral (1—3 supozitoare), Torecan (fiole sau drageuri), Plegomazin (fiole).

În plus, se folosesc sedative, pentru liniştirea bolnavului (sau chiar a celor din jurul său !).

Colica hepatică tipică reprezintă o urgenţă medicală, aşa că dirijarea medicaţiei şi a întregului complex de măsuri urmează să fie făcută strict de către cadrele competente. Uneori, cînd ajutorul medical întîrzie din motive fortuite ori manifestările colicii sînt de mai mică amploare, bolnavul poate încerca să se ajute singur : 1—2 tablete de Scobutil sau Lizadon (sau 1—2 supozitoare), 1 fiolă de Algocalmin, mărirea dozei de Rowachol etc. Fodor recomandă cîteva formule magistrale, pe care cel în cauză le poate folosi pînă la venirea medicului. Un exemplu :

Rp/ Dionină 0,30 g
Codeină 0,15 g
Papaverină 0,20 g
Apă distilată 30,00 g

D.s. intern de 3 ori cîte 15 picături pe zi.

Ţinem să subliniem însă că folosirea mijloacelor medicamentoase, în special a celor cu acţiune mai puternică, înainte de examenul specialistului, are un inconvenient major : poate modifica aspectul simptomatologiei şi astfel poate aduce neajunsuri stabilirii unui diagnostic corect.

— **În angiocolitele acute,** pentru combaterea fenomenelor dureroase, se apelează de asemenea la antispastice şi antialgice.

Pentru infecţie se recurge la antibiotice, respectîndu-se condiţiile enumerate cu cîteva pagini mai înainte. Obişnuit se utilizează Ampicilină, Tetraciclină, Penicilină. Dintre antibioticele mai noi amintim Gentamicina. Fiind vorba de infecţii grave, se recurge la doze mari de antibiotice, administrate în ritm susţinut şi pe un interval mai mare. Se pot asocia 2 sau chiar 3 antibiotice, ori antibiotice cu alte chimioterapice. Dacă efectul este slab, bolnavul continuînd să prezinte febră mare, stare generală alterată şi celelalte fenomene caracteristice, medicul se vede silit să schimbe „bateria" de antibiotice.

Tratamentul medicamentos în angiocolite include şi alte categorii de substanţe : unele sînt destinate restabilirii bilanţului hidroelectrolitic şi acido-bazic, ce poate fi perturbat în astfel de stări grave, combaterii colapsului. Considerăm că nu este nevoie să insistăm asupra lor în cadrul lucrării de faţă.

— **În colecistitele acute** vom avea nevoie de combaterea durerilor, greţurilor şi vărsăturilor, stării infecţioase, de asemenea de redresarea generală a organismului. Principalele medicamente se folosesc cam în acelaşi mod, după cum am discutat mai înainte.

Reamintim că intervenţia chirurgicală — uneori absolut necesară în bolile biliare acute — va fi comentată într-un capitol separat. La fel şi alte mijloace terapeutice.

Să exemplificăm în continuare folosirea medicaţiei în principalele situaţii cu evoluţie cronică :

— **Litiaza biliară** poate beneficia de tratament medicamentos și în afara perioadelor dureroase, dar cu anumite limite și precauții.

După o colică, medicația antispastică și antialgică poate fi continuată timp de 2—3 săptămîni ; apoi — de obicei — se întrerupe, dacă bolnavul n-are nici un fel de dureri sau se recomandă intermitent, în cazul reapariției unor dureri ușoare (repetăm : numai medicul va fi cel care va selecționa diferitele ipostaze !).

Pe anumite perioade se poate administra și o medicație cu caracter colagog-coleretic. Ea este destinată să combată tendința spre stază biliară. Se folosesc preparate cu acțiune blîndă : Boldocolin, Anghirol, Rowachol ș.a. Administrarea intempestivă ori în doze prea mari a unor astfel de medicamente poate dăuna, în sensul că poate duce la mobilizarea unor calculi, cu declanșarea colicilor și a fenomenelor de obstrucție biliară.

Alte medicamente sînt cele destinate combaterii unor tulburări gastro-intestinale, foarte frecvent asociate cu litiaza : Acidopeps (în caz de secreție insuficientă a stomacului), Triferment sau echivalente (pentru susținerea digestiei la nivelul intestinului), Saprosan (pentru dezinfectarea intestinului) ș.a. (Galea și Bucur, 1969).

Tulburările endocrine și neuro-vegetative trebuie de asemenea combătute.

Referitor la „topirea" sau eliminarea calculilor cu ajutorul unor medicamente trebuie să precizăm că încă nu sînt realizabile în mod curent. Încercările cu coleretice puternice pot da accidente. Vom

reveni spre sfîrșitul lucrării cu unele noutăți din acest domeniu.

— **În colecistitele cronice nelitiazice** pe primul plan se află medicația colagogă și coleretică. Antispasticele se folosesc în măsura necesităților. Se tratează de asemenea numeroasele tulburări neuro-hormonale și digestive asociate. Tratamentul antiinfecțios are o valoare mai redusă.

Drenarea bilei este recomandabilă uneori prin mijlocirea unor tubaje duodenale repetate (Pavel, 1959).

— **În dischineziile biliare** indicațiile necesită un diagnostic prealabil foarte precis.

În cele de tip hipoton, inclusiv colecistatonia, se folosesc medicamente de stimulare a aparatului biliar. Deci preparatele cu acțiune colagogă-coleretică-colecistochinetică își găsesc aici o aplicabilitate reală. Fluxul biliar poate fi reglementat și prin executarea unor adevărate serii de tubaje duodenale, cu ulei cald, sulfat de magneziu ori alte adausuri cu acțiune similară. Dacă încetinirea curgerii bilei a favorizat suprainfectarea, se poate lua în considerare și o medicație de combatere a acesteia. Uneori este nevoie, așa cum s-a subliniat la colecistite și litiază, de tratarea unor dereglări mai largi, din care hipotonia biliară reprezintă doar un aspect.

În tulburările de tip hiperton medicația se va axa predominant pe antispastice, sedative, uneori pe antialergice și antimigrenoase. Nu putem folosi aici mijloace colecistochinetice, deoarece agravează manifestările respective.

— **Tulburările biliare postoperatorii** necesită de asemenea precizări diagnostice pentru a putea fi combătute cu succes. Pentru

cele cu caracter organic (calculi uitați sau recidivați, stenoze, aderențe etc.) în majoritatea situațiilor este nevoie de reintervenție. Problema medicației se pune în special pentru cele care au un caracter funcțional, deci nu ascund o nouă leziune. Aici medicul urmează să fixeze gama medicamentelor în raport cu constatările pe care le face privind aparatul biliar, cu asocierile morbide din partea altor organe și cu starea generală a pacientului (Pavel, 1959 ; Galea și Bucur, 1969 ; Fodor, 1973).

În concluzie, medicația aparatului biliar — diversificată substanțial în epoca noastră — necesită o bună cunoaștere a bolii și a bolnavului. Cu rare excepții, ea trebuie prescrisă și controlată de medic. Tentația și pericolul automedicației există uneori la suferinzii din această categorie. Asemenea pericol trebuie combătut printr-o muncă de educație sanitară a populației desfășurată în mod susținut. În acest sens trebuie înțeles și rostul lucrării noastre. Nu este „un ghid de autotratament", ci o încercare de lămurire a patologiei biliare și a logicii terapeutice. Considerăm că un cititor astfel avizat va ști să prevină mai bine o îmbolnăvire biliară sau, dacă o are deja, va respecta mai bine sfaturile medicului curant și va fi un participant mai activ la propria sa însănătoșire.

Plantele medicinale

Am considerat necesar să rezervăm plantelor medicinale un capitol separat, deoarece aportul lor la tratarea bolilor biliare este destul de însemnat.

De la bun început trebuie remarcat că și în domeniul acesta asistăm la două tendințe „extremiste". Pe de o parte există persoane, în special în mediul sătesc, care tind să supraestimeze valoarea terapeutică a diferitelor „ierburi". Parcă le auzim : „Nu am nevoie de hapurile doctorilor și nici de cuțitul lor ! Mă fac bine singur, cu ceaiurile pe care le știu de la bunica". Pe de altă parte există grupul celor neîncrezători : „Astea sînt leacuri băbești ! Cum să mai crezi în descîntece și buruieni în epoca transplantelor ? !" Se înțelege că ambele tendințe sînt greșite.

Plantele medicinale, selectate cu grijă din noianul de cunoștințe — mai bune sau mai rele — ale medicinei populare și verificate științific, se pot folosi cu succes în multe perturbări ale aparatului biliar. Condiția este cunoașterea reală a posibilităților și indicațiilor lor.

De fapt, în paginile parcurse pînă acum, am mai făcut referiri la plante. Am vorbit de mai multe ori despre folosirea uleiului de măsline, de floarea soarelui și a altora pentru efectul colagog pe care îl exercită. De asemenea, cînd am descris medicația coleretică, am menționat existența colereticelor de origine vegetală.

Plantele care exercită *o acțiune colagogă — coleretică* sînt destul de multe. Într-o lucrare din 1975, C. Constantinescu — referindu-se desigur mai mult la flora țării noastre — include în această categorie următoarele : anghinarea (Cynara scolymus L) ; brusturul sau lipanul (Arctium lappa L) ; cicoarea (Cichorium intybus L) ; coada-șoricelului

(Achillea millefolium L) ; crușînul sau lemnul cîinesc (Rhamus frangula L) ; gălbenelele sau călinica (Calendula officinalis L) ; ghințura (Gentiana lutea L și Gentiana punctata L) și lumînărica-pămîntului (Gentiana asclpiadea L) ; hameiul (Humulus lupulus L) ; iarba-mare ori ochiul-boului (Inula helenium L) ; menta sau izma-bună (Mentha piperita L) ; levănțica (Lavandula angustifolia Mill.) ; măceșul ori trandafirul-sălbatic (Rosa canina L) ; mușețelul sau romanița (Matricaria chamomilla L) ; mușchiul de piatră sau mușchiul de munte (Cetraria islandica L) ; păpădia (Taraxacum officinale Web.) ; pirul (Agropyron repens L) ; cunoscuta plantă de cultură porumb ori păpușoi (Zea mays L) ; roinița sau floarea-stupilor (Melissa officinalis L) ; rostopasca sau crucea voinicului (Chelidonium mayus L) ; salvia (Salvia officinalis L) ; schinelul (Cnicus benedictus L) ; sunătoarea ori pojarnița (Hypericum perforatum L) ; teiul (Tilia platyphyllos Scop.) ; sulfina sau sulcina (Melilotus officinalis L) ; turița-mare sau leușteanul muntelui (Agrimonia eupatoria L) ; țintaura ori fierea pămîntului (Centaurium umbellatum Gilib.) ; ungurașul sau bălțătura (Marrubium vulgare L) ; volbura sau rochița-rîndunicii (Convolvulus arvensis L).

Lista nu este completă. Mai pot fi adăugate anasonul, pelinul, plante din alte zone ale globului. Vom descrie în cîteva cuvinte două dintre aceste plante :

Anghinarea (Cynara scolymus L) face parte din Familia Compositae. Este o plantă erbacee spinoasă. Se folosesc frunzele, care conțin cinarină, polifenoli, flavonoide, acizi

organici, săruri minerale etc. S-a constatat că acționează prin mărirea secreției biliare, creșterea reziduului uscat al bilei și chiar sporirea eliminării de colesterol.

În afară de valoroasa acțiune asupra ficatului și căilor biliare, anghinarea mai determină creșterea diurezei, o oarecare scădere a nivelului glucozei din sînge (efect favorabil în diabetul zaharat) ; mai ajută într-o serie de tulburări digestive și cardiovasculare.

Ceaiul de anghinare se prepară dintr-o linguriță de frunze mărunțite, peste care se toarnă o jumătate de litru de apă clocotită. Se răcește, se strecoară și se îndulcește. O parte se bea dimineața pe nemîncate, după care se păstrează 20—30 minute repaus, culcat pe partea dreaptă. Se mai bea restul înaintea meselor principale ale zilei. Folosirea acestui ceai se face progresiv, pe durate de 20—30 zile, cu pauze de aproximativ o lună (Constantinescu).

După cum am menționat în capitolul precedent, anghinarea stă la baza unor produse farmaceutice mult solicitate de pacienți (Anghirol, Chophytol etc.).

Sunătoarea sau pojarnița (Hypericum perforatum L) (fig. 6) face parte din Familia Hypericaceae. Este o plantă erbacee cu flori galbene-aurii, destul de răspîndită în țara noastră (zone de cîmpie și de deal).

Se folosește chiar planta înflorită. Conține tanin care este astringent, ulei volatil, glicozide flavonice, hipericină (substanță colorată, cu efecte anti-inflamatorii și de cicatrizare), saponine, caroten, vitamina C, acid nicotinic ș.a.

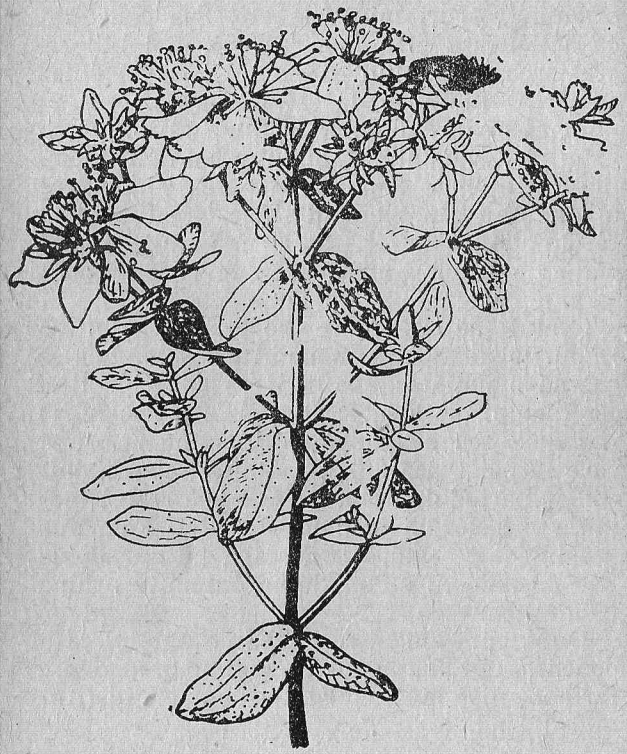

Fig. 6. Sunătoarea (Hypericum perforatum L).

Prescrierea în bolile hepato-biliare și unele boli gastro-intestinale se face pentru a stimula procesele de secreție și pentru combaterea fenomenelor inflamatorii. Ceaiul de sunătoare se prepară foarte simplu, dintr-o linguriță de plantă mărunțită, care se fierbe în aproximativ 250 ml apă timp de 5—10 minute, se strecoară și se îndulcește moderat ; se bea după masă. Se pot bea 2—3 astfel de ceaiuri pe zi.

O parte din plantele enumerate mai înainte intră în constituirea așa-numitului „*ceai hepatic*", care se găsește la farmacii și magazinele „Plafar". Este vorba de 10 plante : coajă de crușin (Cortex Frangulae) ; flori de coada-șoricelului (Flores Millefolii) ; frunze de mentă (Folium Menthae) ; fructe de măceș (Fructus Cynosbati) ; mătase de porumb (Stigmata Maydis) ; rădăcină de păpădie (Radix Taraxaci) ; planta întreagă cu flori de turiță-mare (Herba Agrimoniae) ; planta cu flori de sunătoare (Herba Hyperici) ; planta întreagă de rostopască (Herba Chelidonii) ; planta întreagă de volbură (Herba Convolvuli). Această combinație are efecte de combatere a spasmelor și fenomenelor inflamatorii de pe căile biliare, de asemenea de dezinfecție. Ceaiul hepatic poate reprezenta un ajutor prețios în bolile biliare de tip inflamator cronic și în dischineziile biliare. Este bine să se bea 2—3 pahare de ceai pe zi, călduț, dimineața pe nemîncate și înaintea celorlalte mese principale.

În afara celor cu acțiune predominantă pe aparatul biliar, pot fi folosite și *alte plante medicinale*. Astfel, sînt de menționat plantele și ceaiurile cu efect contra durerilor abdominale colicative (mac, coada-șoricelului, mușețel, roiniță, fenicul, mentă, cimbru-de-cultură) ; cele cu efect sedativ (tei, odolean, mac, hamei, sovîrv, talpa-gîștei) ; de asemenea cele calmante, anticolitice, laxative etc.

Noțiuni de balneofizioterapie

Apele minerale au ocupat multă vreme un loc foarte însemnat în tratamentul complex al afecțiunilor biliare. Li s-au adăugat și alți agenți nemedicamentoși, utilizați în stațiunile balneare (cultură fizică medicală, factori fizici, climatici etc.). Poate că în ultimii ani contribuția tratamentului balnear a înregistrat un ușor regres prin extinderea celorlalte metode. Cu toate acestea cura hidrominerală constituie un mijloc valoros pentru combaterea multor tulburări biliare, a cărei prescriere trebuie făcută cu seriozitate și în deplină cunoștință de cauză. Există stațiuni celebre în mai multe țări. Astfel, se știe că apa de Vichy (Franța) are un puternic efect coleretic, de fluidificare și alcalinizare a bilei (Galea și Bucur, 1969). Alte stațiuni bine cunoscute sînt : Montecatini (Italia), Karlovy Vary (fostă Karlsbad, în Cehoslovacia) ; Neuenahr (Germania) (Pavel, 1959 ; Cociașu, 1970).

În țara noastră ponderea acestei terapii poate fi mai amplă decît în alte părți ale lumii, întrucît beneficiem de înzestrarea naturală și dotările corespunzătoare. Cea mai mare parte a opiniei publice „crede" cu tărie în virtuțile apelor minerale și pe bună dreptate.

Vom trece în revistă cîteva din stațiunile românești în care tratamentul în bolile biliare se aplică cu deosebită eficiență.

Olănești se află în zona deluroasă a județului Vîlcea, la o altitudine de 450 m. Accesul se face în mod obișnuit prin orașul Rîmnicu-Vîlcea, aflat la o distanță nu prea

mare. Este o stațiune cu izvoare multe, variate, cu dotări balneo-sanatoriale de ample proare. Este indicată suferinzilor de boli hepatice și biliare, de boli renale, unele boli de nutriție (cum ar fi diabetul zaharat) și încă multe altele.

Călimănești și Căciulata se află tot în apropiere de Rîmnicu-Vîlcea, pe valea Oltului, la o altitudine de 260 m. Sînt printre cele mai căutate stațiuni din România. Posedă numeroase izvoare, cu acțiuni în boli digestive (inclusiv în acelea care ne interesează), boli urinare, profesionale, de nutriție, reumatice. Stațiunea dispune de multiple instalații sanatoriale și policlinică de specialitate.

Slănic-Moldova este o altă stațiune de renume, aflată în județul Bacău, în apropiere de orașul Tîrgu-Ocna, la o înălțime de 530 m. Datorită multitudinii de izvoare, prezintă interes pentru o largă paletă de boli digestive ; de asemenea pentru unele boli de nutriție și de căi respiratorii.

Alte stațiuni în care se pot trata bolile aparatului biliar sînt : *Singeorz* (județul Bistrița-Năsăud), *Tinca* (județul Bihor), *Lipova* (județul Arad), *Malnaș și Covasna* (județul Covasna), *Ciunget* (județul Bacău, lîngă Slănic-Moldova), *Govora* (județul Vîlcea), *Ivanda* (județul Timiș) etc.

Din punct de vedere al compoziției izvoarelor minerale, putem spune — după Cociașu, 1970 — că se folosesc următoarele :

— apele bicarbonatate — sodice-alcaline, adeseori carbogazoase, care acționează în sens coleretic și colecistochinetic ;

— apele clorurate — sodice au o acțiune discutată și diferită ; dintre ele, apele de Slănic-Moldova ocupă un loc aparte : deprimă secreția și concentrarea bilei, sînt colecistochinetice, acționează pe multe verigi conexe din patologia digestivă ;

— apele sulfatate activează evacuarea veziculară, cresc colereza, relaxează sfincterul Oddi (dacă sînt calde) sau îl contractă (cînd sînt reci) ;

— apele sulfuroase au demonstrat de asemenea o acțiune coleretică.

Să mai amintim de apele termale simple (1 Mai și Felix), care se aplică mai ales extern ; de asemenea aplicațiile cu nămoluri, avînd acțiune antispastică și antialgică. Să nu uităm de asemenea de totalitatea factorilor curativi prezenți într-o stațiune : mișcare, dietă, sedare nervoasă etc.

Este imperios necesar ca un examen medical atent să decidă dacă un pacient trebuie să urmeze sau nu o cură balneară. În general nu se recomandă astfel de tratamente celor cu fenomene inflamatorii acute, cu litiază biliară în fază dureroasă, cu icter. Trebuie să treacă cel puțin trei luni de la asemenea manifestări acute pînă la trimiterea în stațiune.

Durata unei cure este în jur de 3 săptămîni. Tot medicul va hotărî ce izvoare și ce proceduri sînt indicate, doza, ritmul etc. Se poate foarte bine întîmpla ca nerespectarea prescripțiilor medicale, executarea unor tratamente empirice („după ureche") să dea rezultate slabe sau chiar să agraveze suferința.

Dintre afecțiunile biliare care beneficiază de tratament hidromineral amintim :

— în litiaza biliară nu se așteaptă „topirea" sau eliminarea calculilor cu ajutorul apelor, în schimb se poate spera într-o acțiune liniștitoare, eventual de încetinire a progresivității afecțiunii. Tratamentul se poate face numai în perioadele de acalmie ;

— în colecistitele cronice nelitiazice tratamentul hidromineral poate fi de asemenea folositor ;

— la fel pentru angiocolitele cronice, în care se combate tendința spre stază și deci spre infecție biliară ;

— în dischineziile biliare ingestia de ape minerale și procedurile externe vor fi strict individualizate în raport cu tipul de tulburare și „terenul" pe care survine (în special starea sistemului neurovegetativ și endocrin);

— și în perturbările postoperatorii tratamentul balnear (atît în cura internă, cît și ca aplicații externe : băi, nămol) poate aduce îmbunătățiri, cu condiția adaptării la substratul patogen și al supravegherii atente a bolnavului.

Așadar apele minerale, mijloacele balneare și mijloacele ajutătoare acționează favorabil atît asupra căilor biliare, cît și asupra stării generale a acestor categorii de pacienți, cu condiția să fie bine indicate, aplicate în stațiuni corespunzătoare, însoțite neapărat de o dietă corectă și — eventual — de anumite medicamente.

Principii de tratament chirurgical

Există situații — destul de numeroase — cînd suferințele biliare nu pot fi rezolvate decît prin intermediul intervenției operatorii.

Dealtfel, chirurgia căilor biliare reprezintă un domeniu de bază al acestei specialități. Cu titlu informativ, menționăm că prima colecistectomie (adică extirparea veziculei) a fost efectuată în 1882 de Langenbuch. Chirurgia biliară s-a dezvoltat remarcabil în ultimii ani și trebuie să subliniem cu satisfacție contribuția adusă de școala chirurgicală românească.

După cum am mai arătat, nu ne propunem să intrăm în prea multe detalii. Vrem totuși să furnizăm cititorului cîteva noțiuni, pentru a-i întregi imaginea despre patologia biliară și tratamentul ei.

Unele împrejurări reclamă *intervenție chirurgicală de urgență ;* neefectuarea sa poate duce la pierderea bolnavului. Așa sînt rupturile și perforațiile colecistului, care se soldează cu revărsarea bilei în cavitatea abdominală (coleperitoneu) sau constituirea unei peritonite acute. Infecțiile foarte grave (angiocolite acute supurate, colecistite acute flegmonoase sau gangrenoase cu caracter extensiv) impun de asemenea executarea rapidă a unor operații, fără de care nu se poate opri evoluția fenomenelor septice. Colicile biliare violente, repetate, ce nu răspund la tratamentul medical (subintrante), pot și ele „să forțeze mîna chirurgului". Volvulusul colecistului, ca și ocluzia intestinală realizată printr-un calcul biliar voluminos (ileusul biliar) intră în aceeași categorie.

Operațiile care se execută în astfel de urgențe pot contribui hotărîtor la vindecarea pacientului sau, uneori, constituie doar o etapă a tratamentului, celelalte urmînd să fie alese de la caz la caz.

Și mai numeroase sînt situațiile în care, fără a avea un caracter neapărat de urgență, *operația este totuși necesară.* Astfel :

— Tumorile căilor biliare, în mod deosebit cele de origine canceroasă, trebuie operate. Aici problema principală este aceea a diagnosticului realizat în timp util, tocmai pentru a putea interveni înainte ca boala să fie prea avansată.

— Constatarea existenței calculilor veziculari sau în alte porțiuni ale arborelui biliar constituie în majoritatea cazurilor indicație chirurgicală. Chestiunea comportă însă unele discuții și clarificări. Să reamintim cîteva premize : litiaza biliară este o boală larg răspîndită, cu aspecte clinice extrem de diverse : de la forme complet lipsite de simptome pînă la forme foarte grave. Cu toate încercările și speranțele, nu există încă posibilitatea practică de a „topi" sau de a elimina pietrele fără riscuri. Litiaza dă frecvente complicații de natură mecanică, infecțioasă și constituie un teren favorizant al cancerului. Pornind de la aceste aspecte este pe deplin întemeiată ideea că tratamentul fundamental al litiazei biliare este cel de ordin chirurgical. Ca să fim și mai expliciți, se consideră actualmente că litiaza „manifestă" clinic și cea care a dat deja complicații au indicație chirurgicală fermă.

Sînt și împrejurări în care o litiază nu se operează. Așa, spre exemplu, se poate întîm-

pla la oameni de vîrstă înaintată, la care calculoza a fost descoperită întîmplător, este bine tolerată și nu dă nici o complicație. Se mai poate întîmpla ca pacientul să prezinte boli grave de altă natură, care să nu permită executarea intervenției : afecțiuni cardiovasculare, renale, pulmonare etc.

Oportunitatea și riscurile operației vor fi cîntărite de specialiștii respectivi, de obicei prin colaborare.

Teama de bisturiu îi face cîteodată pe bolnavi să nesocotească sfaturile medicilor, mai ales atunci cînd nu au dureri intense. Din păcate tergiversarea poate să aibă urmări periculoase : apariția unor accidente, îngreunarea condițiilor operatorii etc.

— Mai necesită intervenție chirurgicală unele colecistite nelitiazice, unele anomalii ale arborelui biliar, boli degenerative ș.a.m.d.

Vom prezenta în continuare, foarte pe scurt, cîteva din *tipurile de operații* ce se execută pe aparatul biliar.

Înlăturarea veziculei sau colecistectomia este de departe cea mai frecventă operație biliară (fig. 7). Să fie oare colecistul un organ atît de lipsit de importanță, încît să poată fi scos fără nici un fel de repercusiuni ? Fără îndoială că nu ! Încă de la primele pagini ale acestui ghid s-a vorbit despre rolul și funcționarea veziculei biliare, insistîndu-se asupra sincronizării cu celelalte componente ale arborelui biliar și cu organele digestive apropiate. Extirparea ei se face de nevoie ; de cele mai multe ori, cînd a ajuns să fie înlăturată, este compromisă deja ca funcționalitate, iar restul aparatului biliar s-a adaptat oarecum la această situație. Așa se face că

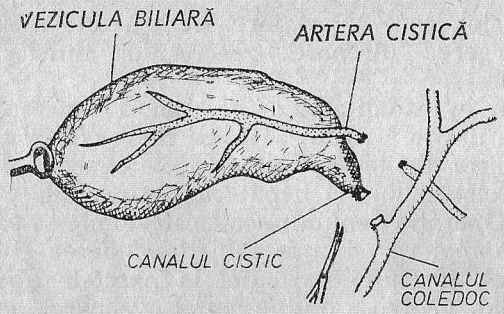

Fig. 7. Îndepărtarea chirurgicală a veziculei biliare (colecistectomie).

nu se observă, după operație, perturbări majore imputabile lipsei colecistului. Există însă și „un revers al medaliei" : executarea unei colecistectomii pripite sau insuficient justificate poate fi la originea unora dintre tulburările încadrate în „sindromul post-colecistectomie".

Pentru a putea interveni pe colecist, se incizează peretele abdominal fie paralel cu rebordul costal drept, fie după alte modalități. După intrarea în cavitatea abdominală se explorează aparatul biliar (manual, cu instrumente simple sau prin tehnici mai complicate : colangiografie, radiomanometrie ș.a.). Extirparea propriu-zisă a veziculei se poate face dinspre fund către canalul cistic sau retrograd : întîi se leagă și se secționează canalul cistic și artera cistică, apoi se desprinde treptat colecistul din învelișul său, pînă în regiunea fundică (Toader, 1975 ; Bancu, 1979). După intervenție se lasă un tub

special, care să asigure, pentru cîteva zile, scurgerea (drenarea) secreţiilor din zona operată.

În eventualitatea unor tumori canceroase este nevoie să se scoată, pe lîngă colecist, şi o parte din ţesutul hepatic ; se execută deci colecistectomie şi hepatectomie parţială.

Operaţia denumită colecistostomie se execută mai rar şi constă în deschiderea şi fixarea fundului veziculei la peretele abdominal, pentru a obţine astfel evacuarea conţinutului biliar patologic. În principiu reprezintă doar o primă etapă, executată fortuit, urmată de extirpare atunci cînd starea pacientului permite.

Prin coledocotomie se înţelege incizarea în sens longitudinal a canalului coledoc (porţiunea supraduodenală) ; se face pentru explorare sau pentru scoaterea calculilor, mai rar a paraziţilor.

Uneori este nevoie să se creeze noi comunicaţii între căile biliare şi organele digestive vecine ; aceste anastomoze biliodigestive poartă denumiri variate, în funcţie de segmentele şi organele legate între ele.

Să amintim de asemenea intervenţiile ce se execută asupra regiunii papilei şi sfincterului Oddi : incizarea lor poartă denumirea de papilotomie sau sfincterotomie ; alteori se execută adevărate plastii ale acestei importante zone.

Rezultatele unei operaţii depind de boala în sine, de complicaţii, de starea generală şi vîrsta suferindului, de corectitudinea diagnosticului şi „arta" chirurgului, ca şi de mulţi alţi factori. Principala operaţie — colecistectomia — se execută astăzi în majoritatea

serviciilor chirurgicale în condiţii de securitate satisfăcătoare, cu o mortalitate foarte redusă.

Asupra unora dintre urmările nedorite ale actului chirurgical vom vorbi în capitolul următor.

Greşeli şi neîmpliniri

Ca mai toate domeniile de activitate umană, nici preocupările privind patologia şi terapeutica aparatului biliar nu sînt scutite de unele erori. Amintind despre acestea nu vrem să semănăm pesimism în rîndul cititorilor ; din contră, considerăm că o prezentare lucidă a nereuşitelor şi analizarea cauzelor acestora sînt necesare şi de natură să contribuie, în final, la diminuarea lor.

Vom începe prin a aminti că o serie de insuccese pornesc de la bolnavul însuşi : din neglijenţă, din teamă ori din zeci de alte motive el nu acordă în timp util atenţia necesară manifestărilor de boală. Sîntem tentaţi să ne autolinişţim de foarte multe ori. Observăm acele simptome dispeptice, avem unele dureri în partea dreaptă a abdomenului superior sau în zone învecinate, uneori avem chiar dúreri puternice (colici) şi cu toate acestea evităm să ne adresăm medicului competent. Poate — cine ştie ? ! — o fi ceva „trecător", poate că n-am nimic serios...

Există, desigur, şi situaţii inverse : percepţia exagerată a unor simptome minore, panică şi alarme nejustificate, interpretarea printr-o optică deformată a tot soiul de tulburări neuro-vegetative (aşa cum se întîm-

plă unor persoane de sex feminin, în perioada climacteriului sau menopauzei).

De la bolnav posibilitățile de eroare se pot extinde la medic. Încă de la luarea anamnezei — a cărei importanță a fost subliniată la capitolul respectiv — putem porni pe căi greșite, dacă aceasta nu se va face cu atenție, cu răbdare și cu discernămînt. Se înțelege că experiența își spune și ea cuvîntul, în destule cazuri.

Examenul propriu-zis poate să genereze erori, dacă este făcut cu superficialitate. Uneori însă greșeala este greu de evitat, din cauza caracterului frust, încă prea slab definit, al modificărilor ; spre exemplu, o slabă colorație icterică poate scăpa neobservată sau o vagă sensibilitate înregistrată la palparea din hipocondrul drept este pusă nu pe seama colecistului, ci a altor organe.

Probele de laborator și celelalte examene ajutătoare reprezintă nu rareori surse de eroare și nemulțumire. Ca să dăm doar niște exemple, vom spune că tubajul duodenal poate pur și simplu să nu reușească, dacă nu se respectă indicațiile de tehnică, dacă nu este efectuat cu blîndețe și îndemînare. Explorările radiologice pot fi compromise de nepregătirea corectă a bolnavului (gaze multe în intestin) sau de nerespectarea unei succesiuni logice : efectuarea întîi a unui examen digestiv cu bariu poate să se soldeze cu rămînerea pe mai multă vreme a bariului în intestinul gros și împiedicarea executării unei colecistografii corecte. Testele de biochimie (probe de disproteinemie, transaminaze etc.), de hematologie (V.S.H., hemogramă) și altele, atunci cînd sînt executate

incorect, pot duce la dificultăți sau suprapuneri importante de diagnostic între bolile biliare și bolile organelor apropiate.

Am văzut că formularea unui diagnostic corect și complet este o condiție indispensabilă pentru un tratament adecvat. Aceasta presupune sintetizarea și interpretarea tuturor datelor obținute la cazul respectiv. Bolile biliare pot fi confundate între ele ; de exemplu : o colecistită litiazică cu una nelitiazică, dischineziile de diverse tipuri, anomaliile de diverse tipuri, coexistența unui cancer etc. Dar pot exista confuzii cu numeroase alte grupuri de boli, datorită unor organe mai apropiate sau mai îndepărtate (o listă prescurtată a acestora a fost deja prezentată).

Să ne referim acum la erorile de tratament. Ele țin de mulți factori : calitatea actului medical, concepția ce stă la baza lui, posibilitățile tehnice și materiale, cooperarea pacientului ș.a.

Ne amintim de la capitolul de dietetică existența unor factori alimentari cu important rol nociv. Necunoașterea sau nerespectarea normelor cu privire la aceștia reprezintă în practică un larg cîmp de greșeli, mai ales din partea bolnavilor. Dar chiar prescripțiile dietetice nu sînt unilaterale ; pe lîngă acel regim mai general, de cruțare biliară, există nuanțe dietetice, de care medicii înșiși sau asistentele de dietetică nu țin totdeauna seama.

Cînd am comentat folosirea medicamentelor, am subliniat ce pericole înseamnă automedicația, abuzul (atît ca număr, cît și ca doze din diferite substanțe), folosirea insu-

ficient justificată a unor droguri puternice și cu efecte secundare serioase (exemple : opiaceele și antialgicele majore).

O tendință spre „amatorism" se manifestă deseori în domeniile tratamentului hidromineral, balnear și chiar în cel al plantelor medicinale.

Erorile și neîmplinirile în chirurgia biliară includ, de pildă, lezarea intraoperatorie a căii biliare principale (care poate să nu fie recunoscută imediat și să aibă urmări grave, cu necesitatea unei noi intervenții) ; neobservarea și nerezolvarea tuturor leziunilor (calculi, stenoze etc.), aspecte datorate unei explorări insuficiente, dezordonate ; folosirea unei tehnici chirurgicale nepotrivite pentru boala și situația generală a pacientului ș.a. Dealtfel urmările operațiilor pe arborele biliar sînt uneori complexe, chiar în condițiile unei intervenții corecte, așa după cum am arătat mai înainte.

În încheierea acestui capitol am vrea să subliniem două lucruri :

— posibilitățile de greșeală și urmările greșelilor sînt mult sporite în condițiile unor urgențe ; de aici responsabilitatea crescută a medicilor și a tuturor celor care concură la rezolvarea lor ;

— suferințele biliare este bine să fie tratate, pe cît posibil, după o anumită „schemă" (judicios întocmită), și urmărite consecvent ; cu alte cuvinte, acești bolnavi trebuie să fie incluși într-un sistem de control medical sau „dispensarizare", scutindu-i astfel de surprize neplăcute : transformarea unei tulburări biliare relativ simple într-una complicată, asocierea cu boli noi etc.

Posibilități profilactice

Ca și pentru alte afecțiuni, profilaxia trebuie înțeleasă pe de o parte ca preîntîmpinare a apariției bolii, iar pe de altă parte, dacă boala este deja existentă, ca prevenire a complicațiilor și agravării.

În privința *litiazei biliare* profilaxia întîmpină dificultăți, dovadă fiind însăși creșterea numărului de bolnavi. Dificultățile se datorează necunoașterii în întregime a cauzelor și mecanismelor de producere a bolii.

Există însă o serie de condiții favorizante pe care le știm și pe care le putem combate. Astfel, trebuie să acționăm împotriva alimentației neraționale, dezechilibrate (cu excese lipidice, cu modalități de preparare nesănătoase) ; se înțelege că prin alimentație, în primul rînd, dar și prin alte mijloace, trebuie să combatem obezitatea. Tratarea adecvată a altor maladii de metabolism și nutriție (diabet zaharat, dislipidemie etc.) contribuie la împiedicarea tendințelor litogenetice. De fapt, afirmația este valabilă pentru toate bolile despre care se știe că „ajută" producerea calculilor (menționate în prima parte a lucrării).

Corectarea unor condiții de la nivelul căilor biliare (anomalii, dischinezii, inflamații),

care duc la stază și infecție, înseamnă de asemenea profilaxie a litiazei.

Restabilirea unui „echilibru" în compoziția lichidului biliar ar putea fi o cale importantă de profilaxie. Pentru indivizii la care se constată un deficit de acizi biliari se încearcă administrarea îndelungată de acid chenodezoxicolic. Asupra subiectului respectiv vom mai reveni.

Reamintim că în privința *cancerului de vezică biliară* se socotește ca metodă profilactică tratarea corectă a litiazei (în fapt colecistectomia).

Referitor la bolile *inflamator-infecțioase* menționăm următoarele posibilități preventive :

— se vor depista din vreme și trata, pînă la vindecare, infecțiile din orice parte a organismului (ele pot constitui surse pentru „însămînțarea" căilor biliare) ;

— se vor trata afecțiunile organelor digestive învecinate (stomac, duoden, intestin subțire și gros, ficat, pancreas), a căror influență asupra aparatului biliar este stabilită cu certitudine ;

— controlul gravidelor trebuie să fie făcut și din punct de vedere al stării organelor interne ; căile biliare pot suferi unele modificări în cursul sarcinii ;

— perturbările hormonale de climacteriu, ca și alte tulburări endocrine trebuie clarificate și corectate ;

— despre alimentație este valabil ceea ce s-a spus mai înainte ;

— tulburările alergice vor fi de asemenea tratate în mod corespunzător ;

— va fi combătută, de cîte ori este cazul, tendința spre stază biliară (cu ajutorul dietei, ceaiurilor, medicației colagoge ori apelor minerale).

Cît privește *dischineziile biliare*, profilaxia lor include combaterea tulburărilor neurovegetative și endocrine care le favorizează, corectarea — în măsura posibilului — a unor anomalii sau leziuni (cuduri, stricturi și stenoze, boala gîtului veziculei, boala sfincterului Oddi ș.a.).

Tulburările postoperatorii pot fi prevenite prin investigarea atentă a bolnavului și stabilirea unui diagnostic complet, în funcție de care se execută întregul tratament (chirurgical și nechirurgical) ; la acestea se adaugă alegerea judicioasă a tehnicii chirurgicale, executarea corectă a operației, urmărirea riguroasă a evoluției după intervenție. Să nu uităm că însuși momentul operației are mare însemnătate : medicii trebuie să cumpănească bine asupra deciziei, iar bolnavul va căuta să coopereze și să ajute, în propriul său interes.

Aspecte noi. Probleme de viitor

Micul nostru „Îndreptar" se va încheia, după cum ni se pare firesc, cu discutarea cîtorva „noutăți". Într-adevăr, progresul considerabil înregistrat actualmente de științele medicale și disciplinele ajutătoare s-a răsfrînt și asupra domeniului căilor biliare.

Vom discuta, în principiu, două categorii de probleme : unele privind investigațiile pe aparatul biliar, altele privind terapeutica propriu-zisă.

Date noi privind explorarea arborelui biliar. Este vorba, cu precădere, de realizări în domeniul radiologiei. Astfel, o ameliorare a posibilităților colecistocolangiografiei obișnuite se obține prin „încărcare dublă" : se dau tablete de Razebil seara și se injectează Pobilan intravenos dimineața. S-a propus și o metodă cu „clișee tardive" : spre deosebire de tehnica obișnuită, se mai execută alte radiografii ale regiunii hipocondrului drept în zilele următoare, fără să se mai dea vreun supliment de substanță iodată (aspecte menționate de Angelescu și colab., 1980).

Colangiografia transhepatică percutanată, despre care am pomenit pe scurt la capitolul respectiv, a avansat și ea. Sung H. Choi și

colab. (1978) arată că se poate folosi un ac fin, ce se introduce sub control radiologic, pe linia axială mijlocie, în spațiile intercostale VIII sau IX. Pe ac se injectează substanța de contrast, care urmează să opacifieze arborele biliar. În caz de greșeală, manevra se poate repeta de 5—6 ori. În ansamblu, tehnica pare destul de simplă și dă rezultate bune. Folosirea unui ac de tip Okuda pare să marcheze un nou progres al metodei : este un ac flexibil, cu un diametru interior de numai 0,5 mm, care se introduce sub control fluoroscopic. La ac se atașează un tub de polietilenă, prin care se injectează substanța de control.

După cum subliniază Dissescu (1980), o altă metodă modernă de vizualizare a aparatului biliar este endoscopia retrogradă colangiopancreatică. După o pregătire anumită, se introduce un aparat denumit „fibroscop" în duoden, pînă în dreptul papilei. Prin papilă se introduce apoi un cateter (tub subțire) de teflon, iar prin acesta se injectează substanța de contrast. Observăm că opacifierea căilor biliare (și a canalului Wirsung în acest caz) se face invers față de metodele precedente : dinspre vărsarea în duoden către originea intrahepatică. Tehnica nu se poate executa decît de către echipe „antrenate" și dotate cu materialul necesar. Dealtfel, Laverdant și colab. (1979) subliniază existența unui însemnat risc de infecție la bolnavii supuși acestei explorări.

Joffre (1979) discută valoarea metodei denumite „parietografie veziculară" pentru diagnosticarea colecistitelor acute. Ca prin-

cipiu, aceasta se realizează prin injectarea intravenoasă a unei doze mari de substanță iodată, urmărind o opacifiere globală a organelor abdominale. Pentru pereții colecistului tehnica are trei etape.

Să amintim și despre ecografie, care folosește ultrasunetele pentru descoperirea unor modificări ale căilor biliare.

Foarte modernă, dar și foarte costisitoare, este tomografia computerizată. (Pentru această metodă de mare valoare, folosită mai mult în domeniul bolilor cerebrale, dar cu posibilități de extindere și la alte organe, s-a acordat premiul Nobel în 1979.)

Date noi privind terapeutica bolilor biliare. Dorința de a găsi căi pentru un tratament mai lesnicios al litiazei biliare a preocupat și continuă să preocupe lumea medicală ; aceasta corespunde, dealtfel, unui interes particular al întregii opinii publice. S-a crezut că unele medicamente sau unele ape minerale ar contribui la „topirea" calculilor, ceea ce pare în prezent destul de improbabil.

Ideea de a dizolva calculii a înregistrat un oarecare succes prin încercările care s-au făcut la bolnavi operați deja și la care se lăsase pentru o perioadă un tub special de drenare, denumit tub Kehr ; pentru a acționa asupra unor calculi neextrași pe cale operatorie dintr-un motiv sau altul, s-a preconizat introducerea prin astfel de tuburi a unor substanțe sau amestecuri de substanțe, cum ar fi : eter și glicerină, colat de sodiu, heparină, săruri cuaternare de amoniu. Se înțelege că era vorba de situații speciale, limitate ; ele au reprezentat totuși un punct de plecare (Chevrel, 1977).

Utilizarea substanțelor administrabile pe gură a fost orientată de cunoașterea mai bună a mecanismelor ce duc la geneza „pietrelor biliare", în special a celor constituite din colesterol. O contribuție remarcabilă au adus cercetările inițiate de Admirand și colab. (1968), asupra „solubilității" colesterolului în bilă și a implicațiilor acestei probleme. Ne reamintim de la paginile consacrate compoziției bilei și etiopatogeniei litiazei că raporturile dintre concentrațiile colesterolului, sărurilor biliare și lecitinei au o semnificație deosebită ; dereglarea acestor raporturi duce la precipitarea colesterolului și constituirea calculilor. Un tratament medical logic al acestui tip de litiază ar trebui să se axeze pe obținerea unor raporturi favorabile ale celor trei constituenți fundamentali (Rautureau, 1977). S-au făcut tentative de a îmbogăți bila în lecitină și acid colic, dar nu au dat rezultatele așteptate.

Ulterior s-a trecut la utilizarea unui alt acid biliar primar : *acidul chenodezoxicolic* (Formula sa chimică este schematizată în figura 8). Între pionierii noii metode s-au enumerat : Hofmann, Thistle, Danzinger, Bell și alții. Nu se poate încă preciza cum acționează acesta, dar se constată o scădere a secreției de colesterol în bilă.

În cazul folosirii acidului chenodezoxicolic trebuie să se țină seama de cîteva condiții esențiale. În primul rînd este vorba de natura și dimensiunile calculilor : rezultate se obțin la calculi formați numai din colesterol

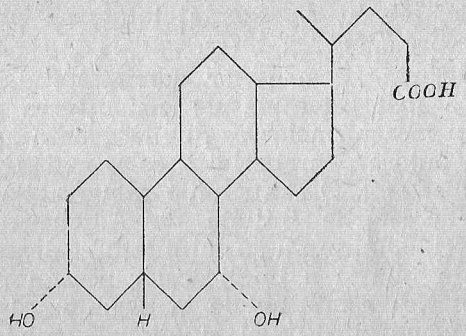

Fig. 8. Formula chimică structurală a acidului chenodezoxicolic.

și de dimensiuni nu prea mari. Vezicula în care sînt „găzduiți" trebuie să aibă o stare de bună funcționalitate. Doza și durata terapiei au fost și sînt încă în curs de evaluare. Doza pare să se situeze între 750 și 1 500 mg pentru 24 ore. Bateson și colab. (1978) ajung la concluzia că se obțin rezultate bune cu o doză de 1 000 mg pe zi, administrate timp de șase luni.

Dintre efectele secundare (nedorite) ale acidului chenodezoxicolic trebuie citată în primul rînd diareea ; aceasta împiedică folosirea unor cantități prea mari. Ar mai fi de menționat unele tulburări hepatice și teama că ar putea favoriza apariția unor cancere la intestinul gros sau chiar la vezicula biliară.

Un semn de întrebare ridică și durabilitatea rezultatelor. Se poate întîmpla ca, după dispariția calculilor și încetarea tratamentului, să se înregistreze recidive.

Cu toate aceste impedimente, introducerea acidului chenodezoxicolic a trezit o serie de speranțe în posibilitatea tratării „exclusiv medicale" a unor forme de litiază.

Northfield și colab. (1978) adaugă că o dietă săracă în colesterol ajută — după cum era și de așteptat — acțiunea antilitiazică a acidului chenodezoxicolic.

Cercetările continuă, atît în ceea ce privește acidul chenodezoxicolic, cît și pentru găsirea altor mijloace de ameliorare a compoziției bilei și de combatere a litogenezei ; se discută, de exemplu, despre rolul posibil al beta-sitosterolului și al fibrelor alimentare.

Să menționăm acum și unele metode nechirurgicale de extragere a calculilor, propuse în ultimii ani. Astfel, Burhenne (1974) inițiază un procedeu de extragere — aplicabil după colecistectomie — cu ajutorul unui „laț de sîrmă", introdus de-a lungul unui tub în formă de „T" (cum este tubul Kehr). Safrany (1978) este autorul metodei denumite „sfincterotomie diatermică endoscopică"; cu alte cuvinte, o intervenție asupra sfincterului Oddi, executată prin intermediul unui aparat de endoscopie, introdus corespunzător. Tehnica are indicație în cazuri de stenozare și obstruare a zonei papilare, ca și pentru calculii aflați în coledoc, mai aproape de vărsarea în duoden.

Pentru cazuri de icter obstructiv (mecanic) produs prin tumori canceroase, cînd este necesară o „decomprimare" a arborelui biliar și nu se poate executa o intervenție chirurgicală majoră, Pereiras și colab. (1978) propun un procedeu derivat din principiul colan-

giografiei transhepatice percutanate tip Okuda, menționată mai sus.

Au fost doar cîteva exemple din preocupările recente ale specialiștilor în patologia biliară. Probabil că viitorul va aduce confirmarea valorii unora dintre ele, iar pe altele le va înlătura. Sînt de așteptat însă și alte idei noi, pe măsură ce cercetarea medicală va progresa.

Glosar

Alergie — tulburare de tip imunopatologic, caracterizată printr-o reactivitate excesivă, dobîndită în urma sensibilizării organismului față de anumite substanțe.

Analgezice — substanțe (medicamente) care au proprietatea de a diminua sau suprima durerea prin intervenție la nivelul sistemului nervos central.

Circuit enterohepatic — termenul se referă la o serie de substanțe care sînt eliminate prin intermediul ficatului și al bilei pînă în intestin, de unde sînt reabsorbite și se întorc la ficat.

Conjugare — termenul se referă în general la cuplarea în organism a două substanțe, cu scopul de a neutraliza efectele toxice ale uneia dintre ele.

Contraindicații — situații în care nu se poate folosi un anumit mijloc terapeutic.

Edematiere — umflare, acumulare de lichid în țesuturi.

Entitate — fenomen cu delimitări clare ; folosit în text pentru boli, sindroame etc.

Enzime (fermenți) — fac parte din catalizatorii biochimici care sînt implicați în desfășurarea proceselor metabolice.

Epigastru — zona topografică din centrul porțiunii superioare a abdomenului.

Eructații — eliminare de gaze prin esofag și gură.

Etiopatogenie — ansamblul cauzelor și mecanismelor care determină o anumită boală.

Excretare — eliminarea unor substanțe, de obicei neutilizate sau cu caracter de deșeu, de către anumite sectoare din organism.

Hemoglobină — substanță din categoria cromoproteinelor, aflată în globulele roșii, cu rol foarte important în transportarea oxigenului.

Hipocondru — zonă topografică, situată în porțiunea superioară a abdomenului, la dreapta și la stînga epigastrului.

Intricare — în sensul de întrepătrundere a unor fenomene.

Litogeneză — procesul constituirii și „dezvoltării" calculilor (biliari, renali etc.).

Mezou — formațiune anatomică derivată din învelișul peritoneal, care „leagă" un organ abdominal.

Plasma sanguină — constituentul lichid al sîngelui, în care plutesc elementele figurate : globule roșii, globule albe, trombocite ; are în fapt o compoziție de mare complexitate.

Sfincter — formațiune musculară, contractilă, dispusă circular (în jurul unui fragment de organ).

Sistem nervos vegetativ — partea din sistemul nervos care dirijează funcționarea organelor interne ; la rîndul ei se compune din două porțiuni : simpatică și parasimpatică, avînd în general un rol antagonist.

Sistem reticulo-histiocitar — compus din elemente histologice variate, așezate în multiple organe, avînd rol în procesele de apărare, de generare a unor elemente sanguine etc.

Spasm — se referă la starea de contracție a musculaturii involuntare.

Toxicomanie — obișnuința și nevoia de a consuma anumite substanțe toxice, cum ar fi Morfina.

Tract — se referă la formațiuni anatomice care semnifică o cale.

Bibliografie

BACIU I. – **Fiziologie,** ed. a II-a, Edit. Did. Pedag., Buc., 1977.

BANCU E. V. – **Patologia chirurgicală,** Edit. Did. Pedag., Buc., 1979.

BÎRZU I., SAVA V. – **Substanțe de contrast radioopace iodate,** Edit. Medic., Buc., 1973.

BOCKUS H. L. – **Gastroenterology,** II-nd ed, vol. III-W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1965.

BRUCKNER I., sub redac. – **Medicina Internă,** vol. II, Edit. Medic., Buc., 1980

BURGHELE T., sub redac. – **Patologia chirurgicală,** vol. V, Edit. Medic., Buc., 1974.

CHEVREL B. – **Le traitement médical de la lithiase biliare cholestérolique par l'acide chénodésoxycholique** – Nouv. Presse Méd., t. 6, nr. 3, p. 163, 1977.

COCIAȘU E. – **Tratamentul hidromineral în bolile interne,** Edit. Medic., Buc., 1970.

CONSTANTINESCU C. – **Plantele medicinale în apărarea sănătății,** ed. a IV-a, RECOOP, Buc., 1975.

FODOR O. – **Tratat elementar de medicină internă,** vol. II, Edit. Dacia, Cluj, 1973.

GALEA G., BUCUR G. – **Cum tratăm bolile veziculei și căilor biliare,** Edit. Medic., Buc., 1969.

IAGNOV Z., REPCIUC E., RUSSU G. – **Anatomia omului. Viscere,** Edit. Medic., Buc., 1958.

MINCU I. – **Tratat de Dietetică,** Edit. Medic., Buc., 1974.

MINCU I. – **Alimentația rațională a omului sănătos,** Edit. Medic., Buc., 1978.

MUREȘANU R. – **300 rețete culinare pentru bolnavii de stomac,** Edit. Ceres, Buc., 1972.

PAVEL I. – **La vésicule biliare et ses voies d'excrétion,** Edit. Medic., Bucarest et Masson et C-ie Edit., Paris, 1959.

RANGA V., TEODORESCU EXARCU I. – **Anatomia și fiziologia omului,** Edit. Medic., Buc., 1970.
RAUTUREAU J. – **Traitement médical de la lithiase biliare par l'acide chénodésoxycholique,** Nouv. Presse Méd., t. 6, nr. 1, p. 20–21, 1977.
SLEISENGER M. H., FORDTRAN J. – **Gastrointestinal Disease** – W. B. Saunders Company, Philadelphia,, 1973.
TOADER C. – **Patologia chirurgicală,** vol. I, Edit. Did. Pedag., Buc., 1975.
*** – **Dicționar medical,** vol. I și II, Edit. Medic., Buc., 1969.
*** – **Produse farmaceutice folosite în practica medicală,** Edit. Medic., Buc., 1978.
*** – **Tubal Relief of Malignant Bileduct Obstruction** (editorial) – Lancet, t. 1, nr. 8113, p. 419, 1979.
*** – **Viața medicală,** vol. 27, nr. 1–5, 1980.

Redactor : Casandra Enescu
Tehnoredactor : Maria Tameș

Bun de tipar :
Coli de tipar : 5,33.

Tiparul executat la I. P. „Oltenia" — Craiova
str. Mihai Viteazul nr. 4
Comanda nr. 395.

editura
sport-turism

2. Vezicula biliară cu artera cistică ; 3. Canalul hepatic ; 4. Lobul drept al ficatului ; 5. Canalul cistic ; 7. Prima porțiune a duodenului cu artera pilorică ; 8. Capul pancreasului ; 10. A doua porțiune a duodenului cu zona de implantare a coledocului ; 12. A treia porțiune a duodenului ; 16. Artera hepatică ; 27. A patra porțiune a duodenului.

Lei 2,75